Canadian Centre for Occupational Health and Safety

Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail

ATELIER SUR LES AFFECTIONS DORSALES OCCASIONNÉES PAR LE TRAVAIL

P88-6F

ATELIER SUR LES AFFECTIONS DORSALES OCCASIONNÉES PAR LE TRAVAIL

Hamilton, Ontario

Les 12 et 13 novembre 1987

CCOHS/CCHST

90-01939/

ATELIER SUR LES AFFECTIONS DORSALES OCCASIONNÉES PAR LE TRAVAIL

NUMÉRO DU CCHST P88-6F

ISBN 0-660-92480-3

NUMÉRO DE CATALOGUE MAS CC273-2/88-6F

Cette publication est offerte dans les deux langues officielles.

This publication is available in both official languages.

Chaque document produit par le CCHST est soumis à une série de révisions. Dans le cadre de ce processus de révision, on demande à des représentants des gouvernements, des employeurs et des travailleurs d'examiner les versions préliminaires des documents du CCHST et de juger de leur exactitude sur le plan technique et de leur lisibilité pour l'usager.

Le CCHST s'efforce de s'assurer que l'information qu'il distribue est exacte et exhaustive. Cependant, il est entendu qu'il ne se porte pas garant que ladite information est exacte et exhaustive et il ne sera tenu responsable d'aucun dommage ni d'aucune perte subis par suite de l'utilisation d'une information inexacte ou incomplète.

Date de publication : 1988

Exemplaires supplémentaires disponibles sur demande.

---

250 rue Main est
Hamilton, Ontario
L8N 1H6
(416) 572-2981
FAX (416) 572-2206
Télex 061-8532

CCOHS/CCHST

SOMMAIRE

Les lésions dorsales représentent le pourcentage le plus élevé d'accidents du travail indemnisables; l'on estime qu'un nombre égal d'accidents ne sont pas signalés. Les 12 et 13 novembre 1987, le CCHST a tenu un atelier visant à sensibiliser davantage le public au problème et explorer la voie à suivre.

Cinquante délégués des milieux syndical et patronal ainsi que des professionnels participaient à cet atelier. Plusieurs entreprises étaient représentées tant par des membres de la direction que du syndicat; dans la catégorie professionnelle, on remarquait des infirmières, médecins, ergonomes, ingénieurs, instructeurs, physiothérapeutes, ainsi que des spécialistes en biomécanique et conditionnement physique.

Les membres de la tribune étaient les suivants : Dr Robert Webb, président du Comité associé sur l'ergonomie du Conseil national de recherches; Dr Geoffrey Wright, ministère du Travail de l'Ontario; Dr Walter Spitzer, Université McGill, délégué de l'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec (IRSST); Dr Linda Murray, Service de santé de la ville de Chicago, représentant le groupe syndical; et M. Russ Gurman, directeur, Hygiène et sécurité au travail, Hôpital général de Hamilton, représentant le groupe patronal. Chester Waxman, président des Industries I Waxman et président du conseil des gouverneurs des Hôpitaux communautaires de Hamilton, n'a pu participer au groupe de discussion pour des raisons indépendantes de sa volonté, étant en mission à l'étranger; Russ Gurman, qui le remplaçait, a fort bien décrit le vécu dans les Hôpitaux communautaires de Hamilton.

Après des délibérations tripartites sur l'étendue du problème et la sélection préalable, la conception des tâches et du lieu de travail, la prévention et l'élimination ou la restriction des risques ainsi que la formation, les participants se sont réunis en groupes homogènes composés de membres des groupes syndical et patronal ainsi que de professionnels, afin de formuler leurs conclusions et recommandations.

Pour la première fois, dans un atelier du CCHST, on remarquait la présence d'un groupe de discussion francophone/bilingue placé sous la présidence compétente de Robert Bouchard, directeur, Service de santé et sécurité du travail, Fédération

des travailleurs et travailleuses du Québec. Ce groupe a fonctionné tellement bien qu'une participante francophone unilingue a déclaré qu'elle avait pu tout suivre. Les autres présidents de groupes étaient les suivants : Colin Lambert, directeur national, Hygiène et sécurité, Syndicat canadien de la Fonction publique (qui a contribué activement à la planification de l'atelier), Gwenn Roberts, consultante en physiothérapie du travail, Association d'hygiène et de sécurité au travail des services de santé, et Paul Gray, directeur, Risques, sécurité et réglementation, Énergie atomique Canada Limitée.

Dans leurs comptes rendus en plénière finale, les groupes patronal et syndical, ainsi que les professionnels, ont déclaré avoir atteint un consensus remarquable, observation exprimée à chacun des ateliers tenus par le Centre.

Voici les principaux domaines de consensus :

- L'envergure du problème est énorme; tous les cas ne sont pas signalés et les programmes actuels portant sur les lésions dorsales sont insatisfaisants.

- Il faut mettre l'accent sur l'adaptation du procédé à la tâche et à son titulaire.

- Le travail de conception doit être entrepris conjointement par les parties syndicale et patronale, avec l'aide et les conseils d'équipes multidisciplinaires de professionnels.

- Les tests de sélection préalable sont peu justifiables, sauf s'ils ont pour objet d'améliorer la conception des tâches, de cerner les lacunes dans la conception ou de favoriser la modification des emplois.

- Toutes les initiatives doivent être axées sur la prévention et être particulières à tel ou tel poste.

- Les participants ont demandé avec insistance que la conception des tâches soit intégrée au programme d'études de diverses professions, du génie au commerce.

Autres points :

- Le groupe syndical a beaucoup insisté sur la nécessité d'une législation pour éliminer les risques, proposition qui a bénéficié de l'appui des professionnels; le groupe patronal a estimé que cette mesure était moins importante, mais ne s'y est pas opposé.

- Il a été suggéré de demander au CCHST de tenir un atelier sur le travail modifié pour les employés ayant subi un accident de travail.

BIENVENUE ET INTRODUCTION

Gordon Atherley :

À titre de président et administrateur en chef du Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, il m'incombe de vous souhaiter la bienvenue et de vous donner un bref aperçu du Centre et de la méthode de l'atelier.

Le Centre, créé et financé par le gouvernement fédéral, ne fait pas partie de celui-ci dans la mesure où il est dirigé par des représentants des employeurs, des syndicats et des gouvernements fédéral, provinciaux et des territoires. Notre tâche, en tant que personnel du Centre, consiste à mener à bonne fin les politiques dictées par ce Conseil tripartite.

L'une des toutes premières initiatives prises par le Conseil tripartite en 1979 fut de décider que le service d'information était éminemment important et en voie de le devenir bien davantage. En prenant la décision de nous positionner dans le domaine de l'information, dont l'importance est évidente dans des initiatives en matière d'hygiène et de sécurité comme le SIMDUT, le Conseil faisait preuve d'une grande perspicacité politique. À mesure que notre travail de diffusion et d'interprétation des données évoluait, il est devenu évident qu'il fallait dépasser ce simple cadre. Nous nous sommes rendus compte que les professionnels et le personnel scientifique du Centre pouvaient diffuser et interpréter des données, mais qu'il existait des problèmes, des questions et des enjeux qui nécessitaient un complément : les opinions et avis de gens pondérés, capables de se livrer à une étude attentive des problèmes et questions. C'est là le rôle essentiel de l'atelier : vous donner la possibilité d'étudier, de soupeser, d'évaluer et de proposer vos réflexions personnelles sur des problèmes épineux, notamment, ici, celui des lésions dorsales sur le lieu de travail.

Parmi d'autres ateliers que nous avons tenus, nommons : Médecine du travail, surveillance médicale et droits de la personne : la voie du progrès; Formation et éducation en matière d'information chimique; Tests de toxicomanie en milieu de travail; et d'autres suivront. Tous ces ateliers étaient constitués de groupes de personnes exactement comme vous; en fait, je remarque avec plaisir des visages familiers d'ateliers précédents. La méthode de l'atelier nous a permis de dégager des conclusions à propos de questions sur lesquelles on peut s'entendre, arriver à un consensus, sans pour autant craindre de définir les points de désaccord.

De ces délibérations émane un document, le procès-verbal. Même si le Centre en assure l'impression, ce document demeure la propriété des participants. Il n'a pas force de loi, mais il repose sur le poids de l'autorité dans la mesure où il est le fruit d'échanges entre gens pondérés.

À la suite de l'atelier Tests de toxicomanie en milieu de travail, les participants ont émis une déclaration qui a soulevé un intérêt considérable. Le groupe a demandé au personnel de faire parvenir le document à tous les ministres et sous-ministres, au Canada, qui s'occupent d'hygiène et de sécurité au travail. Les ministres ont pris la question à coeur. Dans les milieux de la presse spécialisée, le document suscita beaucoup d'intérêt, non parce qu'il émanait du Centre canadien, mais parce qu'il exprimait les opinions d'un groupe comme celui-ci.

Le document que vous allez produire est appelé à exercer un effet analogue. C'est ce que nous entendons par valorisation de l'information; c'est vous qui valorisez.

N'importe qui peut demander la tenue d'un atelier. Celui-ci a été organisé à la demande des gouverneurs syndicaux siégeant au Conseil des gouverneurs, et celui-ci donna son accord sans réserve. Il ne fallait pas nécessairement que la demande vienne d'un groupe de gouverneurs; elle aurait pu venir d'un membre du public. Certains parmi vous ici présents travaillent avec nous à la préparation d'ateliers à venir.

Si la méthode est convenablement appliquée, vous serez surpris du niveau de consensus parmi vous. Vous constaterez également qu'il existe entre vous des points de divergence, et vous découvrirez que la méthode respecte ces différences d'opinions. En principe, ce document pourra vous servir de levier pour atteindre divers buts : influencer le patronat, les pouvoirs publics, les syndicats et les diverses associations qui s'intéressent aux questions d'hygiène et de sécurité au travail, ainsi que pour sensibiliser davantage le public au problème. Ce document, dont vous aurez participé à l'élaboration, que vous aurez vous-même créé, sera l'expression concrète de l'appui collectif du groupe.

Au Centre, Lillian Vine est chargée d'organiser le processus de déroulement des ateliers. Elle vous présentera les conférenciers et conférencière et vous orientera à travers les diverses étapes du processus.

Demain, nous avons prévu une séance de rétroactions. Vous aurez déjà remarqué l'aplomb du Centre canadien d'hygiène et de Sécurité au travail : non seulement c'est vous qui faites le travail, mais en plus vous payez la note pour ce privilège. Peu d'organismes au Canada oseraient procéder ainsi. Je vous inviterai, à la fin de l'atelier, à exprimer vos commentaires sur la méthode de l'atelier et sur le Centre, car j'attache beaucoup d'importance à votre opinion. Je suis persuadé que vous vous accommoderez fort bien de cette méthode, mais nous vous invitons à nous suggérer des moyens susceptibles de l'améliorer. Merci beaucoup. Bon succès.

PRÉSENTATION DES MEMBRES DE LA TRIBUNE

Lillian Vine :

Merci, Gordon. Moi aussi je veux vous souhaiter la bienvenue à cet atelier. C'est le quatrième atelier du Centre et, avec chacun, je suis convaincue que mon travail est le meilleur "job" qu'il y ait au Centre.

Non seulement avons-nous le front de vous faire payer la note alors que c'est vous qui faites la besogne; ceux d'entre vous à qui on a demandé d'agir à titre de présidents des groupes de travail se sont réunis ici hier, en soirée.

Le cadre pour le déroulement des activités a été élaboré conjointement avec ceux et celles qui ont demandé la tenue de l'atelier. Je tiens à remercier Colin Lambert qui, en collaboration avec moi, n'a pas ménagé ses efforts pour mettre au point un cadre de travail que les présidents qui participaient à la réunion d'hier soir et nous-mêmes avons trouvé particulièrement favorable aux échanges.

C'est un privilège pour nous de disposer d'un groupe d'experts composé d'éminentes personnalités. Je vais vous les présenter hélas plus sommairement qu'ils le méritent, avant de leur passer la parole.

Dr Robert Webb est titulaire d'un B. Sc. en psychologie et d'un Ph. D. en sciences de l'environnement. Il était autrefois directeur de l'unité d'ergonomie à la faculté de biologie humaine de l'Université de Guelph. Il possède une expérience considérable de l'enseignement et de la recherche en ergonomie et occupe actuellement le poste de président de Human Systems

Incorporated, groupe d'experts-conseils en ergonomie appliquée. Il est président du Comité associé sur l'ergonomie, du Conseil national de recherches. Conjointement avec Gary Cwitco, du Syndicat des travailleurs en communication du Canada, il a demandé la tenue d'un atelier sur les lésions attribuables au travail répétitif, qui se tiendra à Hamilton, les 28 et 29 mars.

PRÉSENTATIONS DE LA TRIBUNE

Dr Robert Webb :

Je suis ici surtout en ma qualité de représentant du Comité associé sur l'ergonomie du Conseil national de recherches. Les Comités associés ont pour mission de dispenser au CNR des conseils spécialisés et d'ordre politique dans différents domaines d'activité scientifique d'intérêt particulier pour le pays. Les membres d'un Comité associé, habituellement recrutés hors des rangs du CNR, ont pour rôle d'apporter une optique neuve et globale sur les questions traitées. On dénombre actuellement plus de 20 Comités associés qui se penchent sur des questions aussi diverses que l'érosion des sols, la technologie de l'enseignement et l'ergonomie.

Le Comité sur l'ergonomie s'intéresse en particulier au fait que, dans les secteurs commerciaux et industriels canadiens, les résultats de la recherche et les techniques en ergonomie n'ont pas été appliqués sur une grande échelle. La prévention des affections dorsales en est un exemple fort à propos.

Même si, pour de nombreuses personnes, l'ergonomie évoque les chaises de bureau, cette science, née au cours de la deuxième Guerre mondiale, visait à surmonter les défaillances de rendement attribuables à l'erreur humaine dans l'exploitation de nouveaux systèmes de défense de haute technologie. Cela a donné de si bons résultats qu'aujourd'hui les techniques d'ergonomie sont couramment appliquées à la conception et à la mise au point de la plupart des systèmes militaires et aérospatiaux. Les applications industrielles de l'ergonomie prennent actuellement de l'expansion pour répondre au besoin d'améliorer la qualité de vie du travailleur et l'hygiène et la sécurité au travail, ainsi que la productivité des ressources humaines.

L'ergonomie est l'application méthodique des connaissances scientifiques en matière d'attributs physiques, psychologiques et sociaux de l'être humain dans la conception et l'utilisation de tout ce qui influe sur les conditions de travail :

équipements et appareils, environnements et surfaces de travail, l'emploi comme tel, l'organisation du travail et la formation. En termes simples, cela revient à dire que la conception de l'emploi doit être adaptée à celui qui en exécute les tâches.

L'ergonomie traduit la connaissance fondamentale des fonctions et structures humaines (notre façon de percevoir et d'exploiter l'information, de penser et d'apprendre, les différences de tailles et de formes, de force et d'endurance et bien d'autres aspects) dans des critères de conception visant à créer des conditions optimales de travail. Lorsque les tâches et les lieux de travail sont conçus selon des principes ergonomiques, les gens se fatiguent moins vite, sont moins sujets à l'inattention due à l'inconfort et à l'ambivalence, moins embrouillés par des affichages et instructions qui prêtent à confusion, moins vulnérables à l'ennui créé par la monotonie, à la frustration causée par les inconvénients, au stress associé aux conditions prévalant dans le milieu et aux exigences du travail physique. Bref, ils pourront travailler de façon plus efficace, en commettant moins d'erreurs, être moins sujets au stress et au risque de maladies ou de blessures.

Le rôle de l'ergonomie, dans une perspective de conception des systèmes, consiste à faire en sorte que les exigences de l'emploi soient appariées aux capacités de la personne qui en exécute les tâches. Cette démarche a pour base une analyse détaillée des exigences actuelles ou anticipées en faisant intervenir un large éventail de techniques d'observation et de simulation et en appliquant les données pertinentes des sciences de la vie et du comportement à la résolution des problèmes qui surgissent.

Bien que les priorités varient, trois stratégies peuvent être appliquées en combinaison pour assurer la meilleure adéquation entre les exigences de l'emploi et les caractéristiques de l'utilisateur : la conception de l'équipement et l'aménagement du lieu de travail, l'amélioration des compétences et des connaissances par le biais de l'apprentissage (formation) et le placement en fonction des capacités et préférences de la personne. Il importe de souligner que, même si l'équilibre entre ces trois approches, à savoir conception, placement et formation, peut varier selon les circonstances, il est difficile d'imaginer une situation dans laquelle, implicitement ou explicitement, un aspect quelconque de chaque stratégie n'intervient pas.

Bien que, traditionnellement, les modifications dans la conception matérielle représentent la solution prioritaire, le placement et/ou la formation doivent toujours intervenir en raison des contraintes d'ordre économique et technologique qui habituellement rétrécissent la marge de personnes dont les besoins pourront être satisfaits par un modèle ou un autre. Le rôle de la formation consiste à faire entrer les compétences propres à chacun à l'intérieur de la gamme des critères de conception. Celui du placement est d'assurer le choix du meilleur candidat pour le poste et du meilleur poste pour le candidat ou, si l'emploi comporte des risques inévitables, d'éliminer à la présélection les candidats plus vulnérables. Il est tout aussi important de souligner que l'équilibre peut être modifié, selon l'évolution des priorités. Avec l'émergence de la législation relative aux droits de la personne ainsi que des règlements plus stricts en matière d'hygiène et de sécurité, la perception de ce qui constitue un équilibre approprié entre ces trois démarches commence à changer.

Selon l'industrie visée, 25 à 50 pour cent de l'ensemble des demandes d'indemnisation sont, dans la majorité des cas, liées à une lésion dorsale provoquée par le surmenage. Un examen plus attentif des tendances en matière d'indemnisation révèle que ce n'est là que la pointe de l'iceberg. En effet, le tableau est encore plus sombre lorsque nous tenons compte de l'ensemble des lésions associées aux opérations manuelles de manutention (pousser, tirer, porter et manipuler de façon répétée), qu'il s'agisse du dos ou de toute autre partie du corps.

La solution n'est pas de s'attaquer au problème d'une manière fragmentaire et étriquée, centrée sur les lésions du dos ou des mains ou celles provoquées par l'écrasement sous des objets tombés en cours de levage. La solution consiste plutôt à aborder, dans une optique fondamentalement différente, la conception de l'emploi et des objets à manipuler. Nous devons accorder tout autant d'attention à la conception des tâches humaines qu'à celle du travail destiné à être exécuté par des appareils compliqués comme les robots.

Lorsqu'un robot est mis en place, trois personnages sont invariablement présents : le concepteur, l'ingénieur d'installation et l'ingénieur d'entretien; le robot a tout à portée de la main; sa performance est surveillée afin d'assurer que le taux d'usure et la consommation énergétique ne sont pas excessifs. Dans une certaine industrie, quatre robots étaient mis à l'essai; on les avait baptisés Mork et Mindy, Laverne et Shirley; le directeur avait inscrit, à son horaire de travail, une visite hebdomadaire pour se renseigner sur le bien-être et la performance de Mork et Mindy, Laverne et Shirley... et il avait sous sa responsabilité 10 000 êtres humains!

Prenons un exemple simple : la plupart des boîtes palettisées dans l'industrie de l'alimentation doivent être manipulées au moins à deux reprises. D'abord lorsque la boîte est transférée de sa palette à l'entrepôt central pour être acheminée vers le supermarché satellite et, encore une fois, lorsqu'elle est déchargée du camion de livraison au supermarché et son contenu rangé sur les étagères, prêt pour le client. À l'entrepôt central, le taux de manutention quotidien peut être aussi élevé que 2 000 boîtes. Si l'on étudie la conception de ces boîtes comme telle (poids, taille, poignées et étiquettes d'information au sujet du poids global de levage), on s'aperçoit que, le plus souvent, ces caractéristiques se situent bien en dehors des normes de conception ergonomique. Compte tenu de facteurs comme le taux de répétition, la portée, la hauteur de levage et autres, cela signifie que les poids dépassent régulièrement les normes; la chute d'objets pesants est plus probable à cause de l'absence de poignées; le champ visuel est obscurci pendant le transport de fardeaux; le risque de glissade et de chute est plus probable; toutes ces choses, les non initiés sont forcés de les apprendre empiriquement.

De toutes petites variations peuvent entraîner des différences considérables (positives ou négatives) sur l'effort occasionné par la tâche de levage. Il a été suggéré qu'au moins 30 pour cent des accidents résultant de la manutention manuelle pourraient être éliminés si l'objet à soulever et les caractéristiques de la tâche de levage étaient convenablement conçus, surtout en combinaison avec une politique efficace de formation et de sélection. On note ainsi l'apparition graduelle de poignées sur les boîtes de certains produits, le plus souvent des produits délicats comme du matériel électronique ou des matières fragiles. Les cyniques pourraient prétendre que cela dénote plus de préoccupation au sujet de l'endommagement du contenu de la boîte que du risque de lésion pour la personne effectuant l'opération de levage.

Actuellement, en matière de prévention de lésions musculo-squelettiques, on compte surtout sur le bon sens du manutentionnaire avec, comme appoint, une formation quelque peu superficielle. Le plus souvent, cette formation se résume à des affiches prônant le recours à des techniques de levage en gardant le dos droit et les jambes fléchies, c'est à peu près tout. Or, ces conseils sont peu valables lorsque la charge à soulever est trop volumineuse ou la surface de travail trop exigue pour permettre d'adopter les postures préconisées. Ne perdons pas de vue non plus que peu d'entre nous avons suffisamment de force dans la partie inférieure des jambes pour soulever à la fois le poids du tronc et celui d'un objet pesant, deux ou trois fois par minute, tout au long de la semaine de travail.

Le message que le Comité associé voudrait livrer à la considération des participants au débat est que, d'une façon ou d'une autre, l'information et les techniques que l'ergonomie peut offrir devraient être appliquées à bien plus grande échelle aux tâches de manutention manuelle. Nous avons espoir qu'elles le seront quand les intéressés seront bien informés des avantages qu'elles procurent : moins d'arrêts de travail, moins d'endommagement des produits, moins de double manutention et un taux inférieur d'accidents du travail. Notre expérience nous porte à croire que l'impulsion devra venir d'une réglementation fédérale ou provinciale et des sanctions y afférentes régissant la conception des boîtes ou caisses, les produits et les circonstances d'exécution des tâches de manutention manuelle.

Lillian Vine :

Le prochain nom qui figure à l'ordre du jour est celui de Chester Waxman. Vous vous apercevrez, quand il s'approchera du podium, qu'il ne tient pas entre les doigts un gros cigare; de toute évidence, ce n'est pas Chester Waxman. Chester est président de sa propre compagnie, les Industries I Waxman, une très grosse entreprise de ferraille; il est aussi président du conseil des Hôpitaux communautaires de Hamilton. Nous avons donc pensé qu'il était la personne tout indiquée pour prendre la parole à titre d'employeur de deux groupes nombreux et diversifiés. Il y a quelques mois, il avait accepté avec enthousiasme de participer à cet atelier; malheureusement, il a été appelé à l'étranger. Russ Gurman le remplace aujourd'hui.

Russ Gurman est directeur, Accidents du travail/Hygiène et sécurité au travail, auprès des Hôpitaux communautaires de Hamilton (l'Hôpital Henderson et l'Hôpital général de Hamilton). L'Hôpital général de Hamilton, en particulier, exerce diverses activités fort pénibles et contraignantes pour le dos de beaucoup de gens. Le conseil est responsable du centre pour polytraumatisés, du centre pour brûlés et aussi de la chirurgie à coeur ouvert. C'est donc dire que de nombreux malades ont besoin de soins assidus, et de toute évidence cela influe sur le taux d'affections dorsales. Russ a acquis une expérience considérable en ce domaine, et il a aussi beaucoup travaillé avec de nombreux organismes d'hygiène et de sécurité; je suis enchantée de l'accueillir ici aujourd'hui.

Russ Gurman :

Je prends la parole au nom des Hôpitaux communautaires de Hamilton surtout pour exposer le point de vue de l'employeur, non pas à titre de professionnel de la sécurité.

Les origines de l'Hôpital général de Hamilton remontent à 1883. L'établissement occupe aujourd'hui le même site que jadis, à la croisée des rues Barton et Victoria. Au début de 1986, nous avons entrepris un projet massif de reconstruction de l'Hôpital général. En même temps, nous amorçons cette année (1987-1988) un vaste programme de reconstruction et de réorganisation de l'Hôpital général Henderson.

Nous employons, au total, quelque 3 700 personnes, dont 60 pour cent dans le domaine des soins infirmiers. Lorsque nous examinons l'incidence des accidents du travail dans ce secteur au cours de ces dernières années, nous constatons que les lésions dorsales sont la principale cause d'arrêt de travail. Je pense qu'autrefois les lésions de la colonne vertébrale recevaient le plus d'attention; au niveau des soins de santé, nous constatons une prédominance de cas de lacération musculaire des tissus mous de la partie supérieure du dos, autour des épaules et du cou, par rapport aux lésions lombaires.

En tant qu'employeurs, nous avons perdu plus de 5 000 journées de travail au cours des six dernières années. Nous enregistrons en moyenne, chaque année, plus de 123 cas de lésions entraînant un arrêt de travail. Cette situation est en soi fort inquiétante, sans compter les frais qu'elle entraîne. Nous pouvons bien sûr étudier les moyens et méthodes à adopter pour réduire l'incidence de lésions de ce genre, mais au niveau des soins de santé cela est très difficile; en effet, nous avons affaire aux malades, à leurs réactions et attitudes. En 1986, nous avons mis sur pied une équipe de travail chargée de la formation de notre personnel infirmier pour être sûrs que celui-ci possède les compétences voulues pour s'occuper des malades auxquels ils dispensent des soins.

Avec un certain effort, nous pouvons envisager une mécanisation partielle du lieu de travail. En 1988, nous préconisons de transformer de façon radicale notre département de physiothérapie pour que celui-ci participe à la formation de notre personnel. Nous espérons que notre équipe d'ergonomes effectuera des évaluations du lieu de travail nous permettant de déterminer où et pourquoi des accidents du travail surviennent et quelles mesures positives prendre.

À titre d'employeurs, nous devons également considérer nos frais d'indemnisation. Aux Hôpitaux communautaires de Hamilton, nous dépensons chaque année plus de 1,5 million de dollars en indemnités d'accidents du travail. Nous savons fort bien que ce montant de 1,5 million n'est que la pointe de l'iceberg. Les frais indirects assumés par le patronat montent en flèche : dans les hôpitaux communautaires, nous prévoyons que les frais atteindront près de 5 millions de dollars par an; ce chiffre comprend les remplacements de personnel, la formation et le renouvellement du matériel.

Si important que soit l'effort visant à réduire l'incidence des accidents du travail, je pense qu'il est aussi nécessaire d'insister pour que les employeurs aident l'employé blessé à réintégrer l'effectif. Nous avons élaboré des concepts de réadaptation dans le cadre de nos efforts pour aider les employés blessés ayant des antécédents de problèmes du dos à la suite desquels ils ont dû s'absenter du travail pendant un certain temps. Il y a des employés qui, en raison de lésions dorsales, n'ont pu retourner au travail même après trois ou quatre ans d'absence. La principale préoccupation de l'employeur devrait être : "Que pouvons-nous faire pour aider ces travailleurs à réintégrer leur emploi?" En abordant la question sous cet angle, nous constatons que le travail modifié gagne du terrain dans tous les secteurs d'activités aux Hôpitaux communautaires de Hamilton. En nous penchant sur la réadaptation, nous avons également la possibilité d'aménager les surfaces de travail de façon à réduire à l'avenir l'incidence de lésions au dos.

Nous travaillons de concert avec les syndicats pour trouver les meilleurs moyens de remettre les gens au travail. Trois groupes syndicaux sont actifs au niveau des Hôpitaux communautaires de Hamilton. Même si, en raison du libellé des contrats, nous éprouvons des difficultés pour ce qui est de la mutation des employés à des emplois modifiés, une tendance se dessine en ce sens que nous pouvons nous asseoir à la table de négociations avec le syndicat et travailler à la réintégration des employés dans l'effectif, ce qui est avantageux pour tous.

J'espère qu'au cours de cet atelier, nous pourrons étudier les préoccupations des syndicats, du patronat et des professionnels, qu'ensemble nous trouverons des méthodes viables et formulerons des recommandations utiles que nous pourrons tous appliquer au sein de nos organisations respectives.

Lillian Vine :

Dr Geoffrey Wright a reçu l'ensemble de sa formation universitaire à l'Université de Toronto. Il est titulaire d'un baccalauréat de science appliquée en génie industriel, d'une maîtrise de science appliquée en ingénierie ergonomique et d'un doctorat en ergonomie de la faculté de médecine. À titre de scientifique de la recherche attaché à l'Institut militaire et civil de médecine environnementale, il a étudié les capacités de performance humaine chez des plongeurs au travail dans un environnement hyperbare, ainsi que les besoins en équipement d'assistance respiratoire des équipages soumis à des pressions atmosphériques extrêmement basses.

Entré au ministère du Travail de l'Ontario à titre de directeur des recherches sur la sécurité, il a développé le potentiel ergonomique du ministère. Il occupe actuellement le poste de directeur, Direction générale des études et services spéciaux, auprès du ministère du Travail de l'Ontario.

Dr Wright était autrefois président de la Human Factors Association of Canada/Association canadienne d'ergonomie. Il a été membre du groupe d'étude sur les problèmes du dos du Conseil des associations pour la sécurité au travail de l'Ontario, dont il est devenu président en 1984.

Dr Geoffrey Wright :

Je suis certes très heureux d'être ici, aujourd'hui, pour prendre la parole sur un sujet que l'ergonome trouve amusant à traiter, à certains égards. Tout en étant déjà quelque peu familiarisé avec le sujet, je ne l'avais pas étudié de façon aussi exhaustive jusqu'au moment où on m'a demandé de parler des tests de sélection préalable.

On m'avait confié la tâche d'examiner les catégories de tests de sélection préalable, la nature des tests utilisés, à quel point ils sont prédictifs et dans quelle mesure ils sont préventifs. J'ai trouvé cette tâche fort intéressante, car elle faisait voir que la sélection comporte certains aspects qu'il est utile d'aborder dans une perspective ergonomique, et mettait en lumière d'autres domaines où l'ergonomie a bénéficié de certaines avances.

Tests de dépistage

Avant de recourir à un test de dépistage, il est nécessaire d'en connaître certaines caractéristiques.

Précision. L'une des importantes caractéristiques du test de dépistage est, bien sûr, la précision; autrement dit, dans quelle mesure il est capable de mesurer une quantité ou qualité particulière.

Sensibilité. La sensibilité est une caractéristique très importante de tout test, car elle vous permet de savoir si le test est capable d'identifier des sujets présentant un certain état.

Spécificité. La spécificité est tout aussi importante. Par contraste avec la sensibilité (qui détermine dans quelle mesure des sujets présentant un certain état sont identifiés), la spécificité mesure la précision du test dans l'identification de sujets qui ne présentent pas l'état en question.

Valeur prédictive. La valeur prédictive désigne la capacité de faire des prévisions quant à la présence d'un état quelconque. C'est donc une caractéristique pertinente pour l'ensemble de la question des tests de dépistage, puisque la valeur prédictive d'un test dépend de la fréquence réelle d'un certain état parmi la population étudiée.

Valeur prédictive

Test ayant une sensibilité de 95 % et une spécificité de 95 % :

Prévalence (%)	Valeur prédictive
1	16,1
2	21,2
5	50,0
10	67,9
15	77,0
20	82,6
25	86,4
50	95,0

Source : RS Galen, 1979

J'ai pensé que le meilleur moyen d'illustrer la notion de valeur prédictive serait de vous présenter des données tirées de l'ouvrage de RS Galen, publié en 1979. Il examinait la sélection de tests de laboratoire appropriés. Vous pouvez voir bien clairement ici comment la prévalence dans une collectivité ou un échantillon de population donné influe sur la valeur prédictive. Comme vous pouvez le constater, dès que le taux de prévalence descend à un niveau inférieur à 50 pour cent, les difficultés commencent à surgir si vous dites que vous disposez d'un test prédictif pour l'usage que vous anticipez (1). Dès que vous commencez à atteindre des pourcentages de prévalence extrêmement faibles, on pourrait trouver là un argument pour dire que le test ne vaudrait probablement pas la peine d'être appliqué. Le point à souligner est que la capacité d'un test de dépistage préalable au placement à identifier un cas de lésion lombaire ou de risque de lésion lombaire dépend, dans une très large mesure, du taux de prévalence au sein de la population. Sauf lorsqu'un test est utilisé pour des situations très précises, on devrait poser la question de savoir si en fin de compte ce test devrait être utilisé, surtout en présence d'un faible taux de prévalence de l'état que l'on espère déceler dans cette population.

Dépistage préalable au placement

En abordant d'une façon plus générale la question du dépistage préalable au placement, il convient d'établir divers critères avant de décider de s'aventurer à y recourir. Voici les questions à poser : la méthode de dépistage est-elle sûre? la méthode de dépistage est-elle pratique? Je n'ai pas l'intention de traiter de la question suivante : la méthode de dépistage est-elle légale? Cependant, je pense que c'est certainement une question à étudier, surtout en tenant compte de certains aspects de la législation en vigueur dans la quasi-totalité des juridictions. L'aspect important pour l'atelier d'aujourd'hui est de déterminer dans quelle mesure cette méthode permet d'établir des prévisions quant au risque de douleurs lombaires à l'avenir.

Tests de dépistage préalables au placement

Je préfère répartir les tests de dépistage préalables au placement en trois grandes catégories, même si celles-ci sont loin d'être complètes : Examens médicaux, Tests de force et de bonne forme, et Programme de cotation des emplois. N'importe lequel de ces tests de dépistage aurait pour but d'identifier

les sujets présentant un risque élevé en termes de leur prédisposition aux problèmes du dos. À l'aide des critères que nous avons déterminés sur la diapositive 3, je voudrais passer en revue les divers genres de tests qui ont été appliqués afin de mettre en relief certains des aspects sous lesquels je les ai trouvés intéressants.

1. Examens médicaux

Antécédents médicaux. Déterminer les antécédents de problèmes du dos est généralement considéré comme étant un aspect important du profil médical de dépistage. Le risque associé à l'obtention des antécédents médicaux serait extrêmement faible, et probablement nul. En plus d'être pratique, cela requiert peu d'effort supplémentaire. La seule difficulté serait que le travailleur ou employé éventuel ne soit pas disposé à révéler des problèmes éprouvés antérieurement.

L'aptitude à prédire le risque est très importante. Un petit nombre d'études ont estimé que le risque d'une crise récidivante de douleur lombaire justifie la prise d'une anamnèse. Il existe, dans la littérature médicale, une abondance de données suggérant qu'il y aura récidive des douleurs lombaires, généralement dans les trois mois à trois ans.

Du point de vue de la prévention, la question est de déterminer si ces données suffisent en soi pour justifier la prise des antécédents médicaux. Snook, Campanelli et Hart (1978) ont constaté que la simple obtention des antécédents médicaux de douleurs lombaires ne suffisait pas pour amener une réduction des taux de lésions dorsales. Ils ont préconisé en conséquence une approche plus générale, englobant les modifications aux lieux de travail et la formation du personnel (2).

L'examen physique clinique est un peu plus exhaustif et beaucoup plus spécifique. Un tel examen aurait pour but de déceler les signes de dysfonctionnement tendant à indiquer une prédisposition aux problèmes du dos. Au plan de l'innocuité, il est généralement considéré comme ne comportant aucun risque. Lorsque nous considérons les critères d'ordre pratique, il peut se révéler très long et les coûts peuvent varier, surtout s'il est nécessaire de recourir à une investigation médicale plus en profondeur. Sa capacité de prédire le risque est limitée dans la mesure où l'observation générale de la posture et des paramètres de mouvement ne semble pas fournir des indicateurs fiables.

Lloyd et Troup (1983) ont découvert cinq signes physiques ayant une valeur prédictive significative; celui dont on fait le plus souvent mention dans la littérature médicale est l'incapacité de s'asseoir droit à partir de la colonne vertébrale, ce qui semblerait indiquer une faiblesse du muscle fléchisseur du tronc. Ils ont observé que lorsque plus d'un des signes physiques qu'ils avaient établis étaient présents, le risque de récidive d'une dorsalgie augmentait (3).

Lorsqu'on envisage l'opportunité de recourir à l'examen physique clinique comme méthode de prévention d'éventuels problèmes du dos, on constate que les données et mesures anthropométriques des paramètres de mouvement n'ont souvent qu'une valeur limitée dans la procédure de sélection. En fait, s'il est établi qu'une portée déterminée est nécessaire à l'exécution d'une tâche donnée, il faudrait dans ce cas évaluer l'aptitude du candidat à accomplir ce geste. Et, bien sûr, on se doit en tout temps de déterminer si cette exigence du poste devrait ou pourrait être modifiée en fonction des marges de mouvement du candidat.

La condition physique générale soulève beaucoup d'intérêt dans la littérature médicale. Le but visé en ayant certains critères d'évaluation de la condition physique générale serait d'identifier les sujets en bon état général de santé. L'innocuité et la commodité de ce test semblent dépendre dans une très large mesure du genre de méthode utilisée. Pour ce qui est de savoir dans quelle mesure une bonne condition physique générale permet de prédire le risque, Svensson et Andersson (1983) ont constaté que les cas de douleurs lombaires étaient plus courants chez les hommes qui étaient physiquement moins actifs pendant leur temps libre (4). L'inconvénient de cette étude est que cette inactivité relative pourrait être la conséquence de problèmes du dos préexistants et pas nécessairement la cause des problèmes éprouvés.

Pour ce qui est des aspects préventifs de la bonne condition physique générale, les données avancées en 1979 par Cady et ses collaborateurs, qui étudiaient un groupe de sapeurs-pompiers à Los Angeles, sont suffisamment suggestives pour donner à penser que l'idée générale d'encourager pratiquement tout le monde à améliorer leur propre niveau général de condition physique serait justifiée (5).

Radiographies systématiques de la colonne lombaire. Je ne pense pas que cette méthode de dépistage soit actuellement utilisée. Elle devait servir de technique non invasive susceptible de déceler une prédisposition aux affections dorsales; les conséquences, au niveau de l'innocuité, sont le risque que comporte l'exposition répétée aux rayons X. Une étude que je cite souvent est celle de Gibson et ses collaborateurs (1980) portant sur des travailleurs dans une aciérie de Hamilton (6). Deux groupes de travailleurs de l'acier étaient mis en comparaison, l'un embauché avant et l'autre après l'introduction du dépistage radiographique. Les examens de dépistage radiographique dans la région lombaire n'ont pas influé de façon significative sur l'incidence ultérieure de douleur lombaire.

2. Tests de force et de bonne forme

Le test de force et de bonne forme est, à certains égards, intimement lié aux notions de condition physique générale. Au plan de l'innocuité, le point à retenir est qu'il faut être attentif aux contre-indications médicales des tests de force. Sur le plan pratique, la mise sur pied et l'application correcte des programmes exigent une connaissance et des compétences techniques spécialisées.

Sur la question de savoir s'ils permettent d'établir des prévisions quant aux risques, le recours aux tests de force comme moyen de réduire les taux de lésions dorsales trouve un certain appui dans les études épidémiologiques. Dans votre documentation de base, vous remarquerez des articles par Chaffin. Dans les premiers ouvrages de Chaffin en collaboration avec Park en 1973 (7), et encore dans une étude longitudinale en 1978 (8), il était évident que le risque était plus élevé chez les groupes de travailleurs soumis à un stress excessif. On pourrait peut-être arguer que ces données plaident davantage en faveur d'une réélaboration du profil de poste que du recours aux tests de force comme mécanisme de dépistage dans le cas des travailleurs.

Pour ce qui est de la capacité du test de prévenir le risque, je voudrais aussi attirer l'attention sur l'ouvrage du Dr Robert Norman, de l'Université de Waterloo, présent dans la salle, et dans lequel il montrait qu'il n'était pas possible d'établir un lien entre les tests isométriques standard, en particulier les postures normalisées de soulèvement du dos et de la jambe, et la tâche dynamique particulière faisant l'objet

d'examen (9). Il est difficile d'introduire un test de dépistage quelconque dont vous savez qu'il ne présente aucune application particulière aux tâches que vous voulez faire exécuter; une telle pratique serait en contradiction avec certaines des clauses relatives aux droits de la personne dans ce pays.

3. Programmes de cotation des emplois

Dans la troisième grande catégorie se situent les programmes de cotation des emplois. En tant qu'ergonome, je les ai trouvés plutôt intéressants dans la mesure où, à tout le moins, ils reconnaissaient au même titre l'emploi et le travailleur et s'efforçaient de les apparier l'un à l'autre ou de les évaluer. Je n'ai rien trouvé qui porte à croire que les programmes de cotation des emplois n'étaient pas sécuritaires. Leur valeur pratique réside dans le fait qu'ils traitent tous les groupes professionnels sur un pied d'égalité, y compris les employés souffrant de handicaps physiques. Ces programmes peuvent prendre un temps considérable, la personne et l'emploi étant évalués sur un certain nombre de facteurs. L'un des exemples traditionnellement cités de ce genre d'approche est celui de Koyl (10). Vous avez peut-être entendu parlé de la méthode GULHEMP* : physique général; évaluation des extrémités supérieures; extrémités inférieures; facultés auditives; facultés visuelles; facultés mentales et personnalité. Chaque catégorie est côtée sur une échelle allant de un à sept. Le coût de cette méthode particulière peut varier selon l'ampleur du programme de tests. Hanman (1951) fut l'un des précurseurs de ce genre d'approche; lorsqu'il l'a présentée, il a expliqué le rôle des différents intervenants : l'analyste de poste évalue les tâches; le médecin en milieu industriel doit participer au bilan de santé de l'employé, tandis que l'agent de placement serait la personne la plus apte à sélectionner l'emploi le plus adapté aux habiletés et aux aptitudes du travailleur (11). J'ai étudié la littérature médicale en ce domaine pour déterminer dans quelle mesure ces tests permettaient de prédire le risque, mais je n'ai rien trouvé de probant. Il est possible que la mise en route de ce genre de programmes s'inspirait davantage des exigences des programmes gouvernementaux, notamment en matière d'embauche de travailleurs handicapés, d'indemnisation ou de vieillissement de l'effectif, que d'une tentative de prédire le risque. Je me demande si, à l'avenir, toute la question des programmes de cotation des emplois, en termes d'égalité salariale, ne fera pas l'objet d'une certaine recherche et ne soulèvera pas un certain intérêt.

---

* G - general physique; U - evaluation of upper extremities;
L - lower extremities; H - hearing; E - eyesight;
M - mentality; P - personality.

On ne trouve pas grand chose dans la littérature médicale pour documenter la valeur de ces programmes en termes de prévention. Cependant, je pense que vous conviendrez qu'ils peuvent se traduire par des avantages comme une réduction de l'incidence des lésions et maladies liées au travail ainsi qu'un niveau plus élevé de rendement et de satisfaction professionnelle.

Mesures de prévention des lésions dorsales

Si l'on analyse les mesures préventives sous trois catégories, à savoir "primaire" (les mesures prises pour prévenir la survenue éventuelle d'une lésion ou d'une maladie), "secondaire" (mesures prises pour enrayer l'évolution d'une lésion, ou affection ou maladie en phase initiale, et au stade asymptomatique) et "tertiaire" (mesures prises pour réduire au minimum les conséquences d'une maladie ou lésion dès l'apparition de signes cliniques évidents), il semble effectivement que les tests préalables au placement tiennent compte de la perspective ergonomique, laquelle consiste à adapter l'emploi au travailleur, dans la mesure du possible, et non le travailleur à l'emploi; toutefois, j'estime qu'il s'agit là d'un niveau secondaire de prévention des lésions dorsales.

Lillian Vine :

Le prochain conférencier, Dr Walter Spitzer, est professeur et président du Département d'épidémiologie et de biostatistique à l'Université McGill, à Montréal, où il occupe également le poste de professeur de médecine et de professeur de médecine préventive du fonds Strathcona.

Dr Spitzer a présidé une très importante étude au Québec pour le compte de l'Institut de recherche sur la santé et la sécurité au travail du Québec (IRSST) sur les problèmes du dos. Nous avons mis en montre un exemplaire du rapport. Le docteur Spitzer est un spécialiste de grande renommée. Comme vous pourrez le constater, son propos revêt de l'importance pour ce débat.

Dr Walter Spitzer :

Je vais d'abord résumer très brièvement certains des principaux points et aspects des activités découlant du travail du groupe d'étude du Québec sur les troubles rachidiens.

Le groupe d'étude du Québec sur les troubles rachidiens fut institué par l'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec (IRSST), organisme de recherche de la Commission de santé et de sécurité au travail du Québec. Ce groupe d'étude était composé entre autres de méthodologistes, d'épidémiologistes, de biostatisticiens, d'ergonomes ainsi que d'autres spécialistes dans des domaines pertinents, outre d'éminents cliniciens en orthopédie, en neurochirurgie, en rhumatologie, en réadaptation et en médecine. J'ai eu le privilège de présider ce groupe, que nous avions mis sur pied pour une année, bien qu'en fin de compte nous ayons dû le maintenir pendant trois ans étant donné la taille du défi. Si vous le permettez, je vais maintenant citer un court paragraphe pour situer le groupe d'étude : "La stratégie fondamentale du groupe de travail serait de repérer les données scientifiques acceptables du point de vue des actions à entreprendre au plan clinique et opérationnel. Il s'agirait surtout de s'abstenir de présenter de simples opinions non fondées sur de telles données, quel que soit le niveau d'érudition ou d'éminence de la personne formulant ces opinions, et sans tenir compte du niveau de popularité de ces opinions au sein des professions ou encore dans la société en général. Les secteurs où l'on constaterait une absence de fondement scientifique permettant de justifier une prise de décision donnée, ou la formulation de recommandations formelles, seraient identifiés comme priorité de recherche." (12)

Lire le long texte du mandat confié au groupe d'étude prendrait la plupart des dix minutes qui me sont alloués, aussi vais-je vous laisser consulter le rapport quand vous en aurez obtenu un exemplaire. Nous avons identifié (aidés en cela par le Centre canadien et par nos collègues du ministère ontarien ainsi que d'autres ministères provinciaux), 7 000 articles dans la littérature médicale mondiale susceptibles d'avoir une portée quelconque sur le sujet au cours des dix dernières années : nous étions limités aux dix années antérieures. Parmi ces articles, nous en avons choisi 4 000 qui avaient une pertinence évidente pour le sujet, rédigés en anglais, en français, en suédois ou en espagnol, langues qui ne présentaient pas d'obstacle pour le groupe d'étude. Après la sélection préliminaire, nous avons retenu 721 articles pour une analyse en profondeur. Après en avoir rejeté 252, inacceptables sur le plan scientifique, il nous restait 469 mémoires dont 84 consistaient en essais randomisés ou non randomisés, avec groupe témoin, 116 études de cohortes ou études de cas avec groupe témoin, 157 études descriptives et 112 revues critiques de la littérature médicale. Seules les 84 premières et les 116 études brèves constituaient une base réellement solide à partir de laquelle nous pouvions formuler nos conclusions ou recommandations éventuelles.

Nous avons en outre effectué notre propre étude sur un échantillon de l'ensemble de la cohorte de travailleurs du Québec en 1981, soit 45 858 travailleurs. Dans l'échantillon étudié, 1,69 pour cent des cas étaient reliés aux troubles de la colonne vertébrale -- j'entends les trois régions de la colonne vertébrale -- d'une façon ou d'une autre. De ces cas, 1,37 pour cent ont entraîné l'interruption du travail et 0,32 pour cent des lésions n'ont pas nécessité l'interruption du travail. Cela sur un total de 2 700 000 travailleurs actifs dans la province du Québec. Si vous faites le suivi de ces sujets sur quatre ans, 74 pour cent de ceux qui ont subi au moins un accident du travail sur une période d'un an se remettent spontanément au bout d'un mois et, dans la grande majorité des cas, il n'y a pas de rechutes.

Nous avons corroboré l'expérience suédoise selon laquelle la majorité des sujets souffrant de troubles lombaires mineurs non compliqués par un déficit neurologique ou tout autre déficit organique observable dans un délai de trois ans, ne présentent pas d'autres incidents et les problèmes ne se reproduisent plus jamais.

Tout cela nous amène à la question de savoir quelle est la part de simulation consciente dans les cas précités. Beaucoup moindre que la plupart des gens le pensent. Comment déterminer s'il s'agit de simulation? La grande majorité des travailleurs au Canada, et certainement au Québec, ne semblent pas recourir à la simulation consciente. Il s'agit ici d'un difficile problème qui ne relève ni de la politique ni du jugement de valeur mais bien de la science clinique. Nous devrions nous garder de toute insinuation malveillante, puisque nous ne disposons pas de preuve scientifiquement admissible permettant de porter un tel jugement sur la main-d'oeuvre.

En 1981, 150 millions de dollars, soit quelque 29 pour cent du budget québecois de la Commission des accidents du travail, furent affectés aux frais médicaux directs et aux indemnités pour douleur lombaire. Seulement 7,4 pour cent des personnes souffrant de troubles lombaires ou de la colonne vertébrale, que ce soit au niveau des tissus osseux ou mous, présentent par la suite des problèmes qui durent six mois ou plus sur une période de suivi de quatre ans. Cette portion de 7,4 pour cent des cas représente 75 pour cent du montant de 150 millions de dollars. Ce que nous faisons tous c'est de concentrer beaucoup de ressources sur les 93 pour cent et de nous préoccuper fort peu des 7 pour cent. Dans la mesure où l'on parviendra à réduire ce chiffre à 3 pour cent au Québec, on pourra du même coup réduire le budget de 75 millions de dollars, ce qui n'est pas un objectif irréalisable.

Voyons maintenant quelques-uns des aspects importants de l'apport de notre groupe d'étude. D'abord, nous avons constaté que la classification des affections reliées aux troubles de la moelle épinière et à d'autres troubles tissulaires dans cette région, les classifications cliniques dans la littérature médicale, étaient si confuses, si contradictoires d'un pays à l'autre et d'un centre médical à l'autre qu'elles étaient inutilisables. Nous avons donc entrepris d'abord la reclassification des troubles du dos d'une façon cliniquement significative, cohérente pour ce qui est du travail, et équilibrée. Même si nous n'aurions réalisé rien d'autre, la nouvelle taxonomie est valable en ceci, que nous pouvons maintenant étudier les problèmes par catégories cliniques ayant de la cohérence pour le clinicien, l'employeur, le travailleur et le scientifique. Cela tient aussi de la reclassification des modes thérapeutiques liés aux objectifs de traitement par opposition aux droits acquis du thérapeute, en l'occurrence le chirurgien orthopédique, le neurochirurgien, le physiothérapeute ou le chiropraticien.

Je vais maintenant passer en revue les recommandations cliniques. Vous comprendrez alors pourquoi je dis que s'il y a un coupable, il faut le chercher dans ce qu'il y a de mauvais dans la façon dont la profession médicale et les professions paramédicales s'y prennent en ce qui concerne les troubles dorsaux. À la page 37 du rapport, il y a certains points qui méritent d'être soulignés.

On peut s'orienter vers un diagnostic dans la mesure où sont connues les circonstances entourant un accident du travail et les facteurs de risque liés à l'emploi qui interviennent dans l'origine de ce trouble. Une anamnèse clinique et un examen physique suffisent habituellement pour identifier la plupart des sujets chez qui un traitement spécifique est nécessaire. Il n'est pas nécessaire de recourir aux radiographies ni aux tests dans la majorité des cas de dorsalgie, surtout si vous avez établi cliniquement qu'il n'y a pas de signes objectifs. En disant ceci, nous venons de supprimer du même coup les droits acquis du club de radiologie. Le recours éventuel aux procédés radiologiques coûteux, surtout de nature invasive, devrait se faire avec prudence chez les personnes ne présentant pas de signes cliniques observables et vérifiables -- et encore!

Voilà donc les observations découlant des études épidémiologiques que nous avons effectuées, observations confirmées par les études raisonnablement rigoureuses que nous avons trouvées dans la littérature médicale. D'une façon générale, les symptômes de douleur aigue dans les régions lombaire, dorsale et cervicale tendent à se dissiper spontanément. Il n'est pas nécessaire de prescrire le repos

obligatoire au lit dans le cas de la douleur lombaire sans une radiation significative. Lorsqu'on le prescrit, ce repos ne devrait habituellement pas être maintenu au-delà de deux jours dans le cas d'une lombalgie ou sept jours dans celui de la douleur cervicale. Il existe des essais randomisés avec groupe témoin démontrant que le repos prolongé au lit ne se traduit pas par des avantages autres qu'une brève période de repos au lit et peut entraîner des conséquences délétères.

En l'absence de preuve objective d'altération anatomique, la douleur lombaire n'est jamais une indication appelant une chirurgie de la moelle épinière. La chirurgie, et notamment la chimionucléolyse, n'est indiquée dans le traitement des troubles de la moelle épinière reliés à l'activité que si les traitements conservateurs ont échoué. Par conséquent, une intervention chirurgicale n'est indiquée que dans des circonstances très exceptionnelles. Il faut se méfier d'une deuxième intervention chirurgicale. Même en présence de douleurs chroniques résiduelles, le retour au travail n'est pas contre-indiqué; il peut même être thérapeutique, en supposant que l'emploi ne risque pas d'aggraver le problème fondamental d'intensification de la douleur.

J'ai entendu dire que le "principal centre d'intérêt de cet atelier est la prévention". Nous ne connaissons pratiquement rien de la prévention; nous ne savons pas quoi faire, parce que nous ignorons la cause du mal. Si nous voulons nous y attaquer sérieusement, adoptons une approche scientifique. Tout ce que nous pouvons faire aujourd'hui, et cela touche les avantages réalisables mais non réalisés, c'est d'empêcher que les gens atteignent le seuil de six mois. Ce seuil atteint, vous devenez un cas clinique irrécupérable; vous développez un syndrome de douleurs chroniques et il y a de fortes chances pour que vous soyez infirme pour le reste de vos jours. Toute mesure que le médecin, le travailleur, l'employeur ou l'autorité compétente du système peuvent prendre pour prévenir la progression vers un état chronique constitue une mesure préventive pour laquelle nous disposons de preuve scientifique.

Excusez-moi, Dr Wright, mais pour ce qui est des activités de prévention primaire, je n'en ai pas trouvé la moindre preuve dans votre liste primaire. L'école de soin du dos et la réadaptation professionnelle sont peut-être évocatrices, mais certainement pas concluantes. Je ne suis pas le seul à le penser; j'exprime là l'opinion d'un groupe interdisciplinaire qui a étudié à fond la question pendant trois ans passés à scruter la littérature mondiale.

Avec votre permission, je vais maintenant faire un bref tour d'horizon des diverses contributions que les différents intervenants concernés peuvent apporter en ce domaine. D'abord, le rôle des professions, en particulier la médecine et la physiothérapie. Cessons d'entretenir des mythes. Je vous dirai que j'ai moi-même souffert de douleurs lombaires il y a huit ou neuf ans de cela. Je connais cette réalité, j'en ai fait l'expérience, je sais qu'elle est invalidante même en l'absence de toute manifestation objective. Je serais le dernier à adresser des reproches à un travailleur victime de dorsalgie, que l'on qualifie de simulateur lorsqu'on ne peut trouver aucun signe objectif. Je travaillais essentiellement à mon propre compte au moment où j'ai souffert de douleurs lombaires, à deux reprises, en Australie puis au Canada où j'ai été traité dans le meilleur hôpital au monde -- mon hôpital -- l'Hôpital général de Montréal. Je qualifierais d'irresponsable le traitement que j'ai reçu : repos au lit à l'hôpital pendant près de deux semaines. Incroyable, n'est-ce pas?

Nous ne connaissons que trop bien ces physiothérapeutes qui dans leurs "usines" soumettent leurs clients à des mois de traitement intense sans objectifs clairement définis, profitant du travailleur, du système et des Commissions des accidents du travail. Il est grand temps que la science vienne mettre de l'ordre dans tout cela. Ce qu'il y a de plus ignominieux est le manque d'attention appropriée aux séquelles de la maladie chronique. Si quelqu'un se présente, vous lui remettez une prescription, signez la formule d'absence du travail de deux semaines, sans vous soucier ensuite de lui fixer un rendez-vous pendant les deux prochains mois. Vous ne faites pas le nécessaire pour qu'un chirurgien ou un chirurgien orthopédique l'examine. C'est uniquement parce qu'il y a loin de la coupe aux lèvres, par manque de diligence et d'attention, que le travailleur est laissé pour compte dans la mêlée et, faute d'une intervention adéquate et bien orchestrée au moment opportun, évolue vers un état chronique. Ce relâchement du système est une chose à laquelle nous pouvons remédier. Nombreuses sont les investigations et les interventions chirurgicales effectuées sans aucune justification clinique, épidémiologique ou ergonomique.

En termes de gestion, j'ai grand-peine à en croire mes oreilles au sujet de ce que font les Hôpitaux communautaires de Hamilton au niveau de la modification de l'emploi en fonction des travailleurs. Lorsque, dans la pratique de la médecine du travail et de la médecine primaire, vous essayez de persuader l'employeur de modifier les arrangements relatifs au travail en faveur d'un travailleur, sans égard au contenu des avis ou brochures d'emplois, j'ai constaté que l'employeur refuse de le

faire; ça coûte trop cher. Ils préfèrent de beaucoup vous voir signer la formule qui permettra au patient de s'absenter du travail. Si les Hôpitaux communautaires de Hamilton font les choses comme vous le dites, vous êtes une exception honorable; je vous donnerai le bénéfice du doute. Dans l'ensemble, l'employeur consent du bout des lèvres à une approche dynamique visant à réinsérer le travailleur dans le système avec des structures de travail modifié. Et ce n'est que très rarement que les choses tournent comme on l'avait espéré.

Lorsque, en bon clinicien, vous faites tous les efforts pour aider l'employé à retourner au travail, vous vous heurtez à toutes sortes de murs. On croirait presque à un complot tramé par l'employeur et le clinicien pour empêcher le retour au travail de l'employé. La version française du rapport du groupe d'étude fut mal interprétée par les travailleurs et les syndicats au Québec, qui trouvèrent le document antisyndical. Je n'ai jamais eu l'occasion de m'entretenir face à face avec un chef syndical à ce sujet; j'aimerais le faire. Nous nous sommes efforcés d'être très prudents dans la formulation du texte afin de n'attaquer personne, contrairement à ce que je fais ce matin. Malgré cela, le texte donnait l'impression que nous voulions punir le travailleur en le forçant à retourner au travail même malade. En réalité, ce que nous essayions de dire dans un langage diplomatique était ceci : "Vous autres du corps médical, faites preuve de sérieux en abordant la question sous un angle scientifique équilibré, et ne pénalisons pas le travailleur; obtenons la complicité de l'employeur dans un complot pour la réadaptation et non pour la maladie chronique."

Je prétends, pour ce qui est des travailleurs, qu'il est nécessaire de les renseigner davantage sur les coûts et les avantages des diverses approches en matière de réadaptation, et il est nécessaire qu'ils acquièrent une meilleure perception du but recherché dans toute action qui doit être entreprise de l'intérieur. Je vous invite à être moins méfiants de gens comme moi-même, des universités et autres; il n'y a aucun complot militaire/industriel/universitaire visant à éreinter le travailleur atteint de douleurs lombaires. Du moins, je n'en fais pas partie. Il existe des approches constructives que nous pourrions adopter. N'oublions pas que c'est le travailleur qui paie la plus grosse facture, dans la mesure où on le laisse évoluer vers le seuil d'invalidité de six mois, avec les conséquences que l'on sait : bouleversement familial, complications psychiatriques, dépression, détérioration de la fonction sociale et incapacité du travailleur de réintégrer un emploi actif pour le reste de ses jours. Voilà ce que nous voulons prévenir; je sais que les syndicats autant que les travailleurs poursuivent ce même but.

Pour revenir à l'employeur, j'ai été profondément impressionné par l'histoire des quatre robots. Si seulement l'employeur se préoccupait autant de ses 10 000 travailleurs (souvent considérés comme remplaçables) que de Mork et Mindy, Laverne et Shirley! Si quelqu'un se faisait un devoir de prendre à coeur le bien-être des "facteurs de production", plus dispendieux et plus précieux que les Morks et Mindys, Lavernes et Shirleys -- j'entends par là les travailleurs -- il y aurait moins de barrières à la réintégration dans le milieu de travail.

Passons maintenant aux commissions des accidents du travail. S'il y a ici aujourd'hui des représentants de ces organismes, je leur dis ceci : vos données sont inutilisables dans l'étude de ces problèmes. Prenons la documentation de la banque de données de la Commission des accidents du travail du Québec qui a servi pour l'étude de cohorte de 1981. Savez-vous ce que nous y avons trouvé? La totalité de l'information clinique dans quelque 30 pour cent des dossiers se résume à un mot : "dos". Toute l'information clinique que l'on peut obtenir se résume souvent à cela, et une partie des recommandations du groupe d'étude concerne un nouveau modèle de formule que le clinicien doit remplir pour être payé et qui vous permettrait de comprendre ce qui se passe. Si, d'une part, les interventions ergonomiques ont du bon sens et semblent reposer sur des principes raisonnables de génie scientifique, il n'existe, d'autre part, aucun moyen de faire le lien entre les événements à moins de disposer de renseignements convenablement consignés sur leur issue. Les dossiers des commissions des accidents du travail renferment des renseignements détaillés sur les montants et les coûts et on en assure un suivi satisfaisant; pour ce qui est des personnes et la description de leurs problèmes de santé, c'est une toute autre histoire!

Quelles seraient les priorités de recherche à l'avenir si l'on améliorait les dossiers? Nous devons entreprendre des études de cohorte. Une étude de cohorte consiste à faire le suivi des travailleurs à partir du premier incident ou à faire l'historique du cas en remontant aux antécédents pour venir jusqu'au moment présent. Ce dernier genre d'étude est hors de question, étant donné la confusion créée par la qualité médiocre des dossiers cliniques des commissions des accidents du travail. Nous devons donc recourir à des études de cohorte concomitantes projetées dans le temps afin d'établir de meilleures prévisions, au départ même, quant à l'identité de ces 7 pour cent qui évolueront inévitablement vers la maladie chronique. Voilà les gens qui ont réellement besoin de notre

CCOHS/CCHST

aide, voilà une priorité. C'est une étude sur cinq à sept ans. Il faut s'y mettre. Nous avons commencé à en parler il y a cinq ans; personne ne l'a financée; elle aurait été achevée aujourd'hui. Donc prenons un point de départ quelconque : réunissons deux ou trois commissions provinciales des accidents du travail de sorte que nous puissions disposer d'informations généralisables.

Nous aimerions également avoir la possibilité de réaliser, du moins au Québec, un modèle des recommandations du groupe d'étude pour améliorer davantage l'intervention thérapeutique et la réadaptation du travailleur souffrant de dorsalgie et pour mieux en comprendre tous les aspects, y compris les résultats, les frais ainsi que l'intervention appropriée des diverses professions. Il s'agit d'une étude sur trois ans dont le coût se situera entre 1,5 million et 2 millions de dollars. Je vous vois lever les bras au ciel et demander "Pourquoi est-ce si dispendieux?" Le coût vient de la complexité du problème; mais, de toute façon, il ne s'agit que de 0,3 pour cent du coût entraîné par les douleurs lombaires au Québec.

D'autres études peuvent être effectuées. La seule façon de s'y prendre pour que celles-ci profitent à la société est d'assurer la pleine participation aux phases de conception, d'exécution et d'analyse/interprétation/diffusion; la participation des travailleurs par l'intermédiaire de leurs représentants directs et de leurs institutions, celle des patrons, des commissions des accidents du travail et des scientifiques. J'ai effectué des études, dans le domaine des sciences de l'environnement, appelant la participation de tous les secteurs; on est étonné des idées exprimées sur la science par des personnes qui ne sont pas des scientifiques et de constater à quel point ces idées améliorent l'étude. C'est la seule façon de procéder; sans une participation "tous azimuts", cette étude restera stérile, vite reléguée au fond du tiroir.

Pour terminer, je voudrais vous livrer une réflexion : quand il est question de douleurs lombaires et de retour au travail, il faut faire la distinction entre avoir mal et se faire tort. Parfois, on a mal en retournant au travail, mais on se fait tort quand on n'accepte pas ce mal. La différence entre avoir mal et se faire tort est le point de départ des programmes éducatifs qui assureront une association significative entre travailleurs pour prévenir ce fléau social qu'est la dorsalgie en milieu de travail.

Lillian Vine :

La prochaine conférencière est Mme Linda Murray. Je l'ai rencontrée pour la première fois à Winnipeg, où elle travaillait à la clinique de santé professionnelle de la Fédération du Travail du Manitoba. Linda, originaire des États-Unis, est un médecin qui s'est engagée à fond à promouvoir l'hygiène et la sécurité au travail. Elle vit maintenant de nouveau à Chicago. La notice biographique que son bureau m'a envoyée fait longuement état de ses nombreuses et importantes réalisations dans l'Illinois et à Chicago, sans aucun doute très notables, mais fait très peu mention de ce qu'elle a accompli au Canada.

Les milieux syndicaux ont invité Linda comme représentante, parce que le mouvement syndical canadien a confiance dans l'engagement de Linda à sa cause. Ses activités comprennent la prestation de conseils techniques sur des questions soulevées par les syndicats locaux; l'élaboration et la présentation de documents éducatifs concernant l'hygiène et la sécurité à l'intention des membres du syndicat; et j'en passe. Elle a collaboré étroitement avec les milieux syndicaux au Canada et aux États-Unis. Linda, nous sommes heureux de vous avoir parmi nous aujourd'hui.

D^{r} Linda Murray :

Je crois que ce genre d'atelier nous donnera une occasion unique d'échanges sur cette importante question; j'aimerais pouvoir participer à tous les travaux.

Être la dernière à prendre la parole a ses avantages et ses inconvénients. Un de ces avantages est que je peux commenter les discours des autres conférenciers et éliminer les sujets qui ont déjà été traités.

Je crois utile de vous faire connaître l'optique dans laquelle je perçois cette question. D'abord, je suis médecin, interniste de formation. Je partage, avec D^{r} Spitzer, toutes les critiques qu'il adresse à notre profession et à notre capacité de traiter cette maladie; je partage ses inquiétudes au sujet de la façon dont la profession médicale, y compris les internistes, a abordé le problème. Malheureusement, ce manque d'approche logique et scientifique et, ce qui est plus important, le fait de ne pas constamment réévaluer nos modes thérapeutiques à la lumière des nouvelles informations ne se limitent pas uniquement aux lésions dorsales. C'est un point que tous ceux et celles parmi nous qui veulent être des cliniciens compétents doivent toujours garder à l'esprit.

Deuxièment, je parle en tant que spécialiste de la médecine préventive, surtout de l'hygiène et la sécurité au travail. Dans mon rôle de professionnelle en ce domaine, ayant pour principale responsabilité de former des médecins américains dans cette spécialité, il est crucial d'aborder le problème de façon scientifique et de distinguer entre la réalité et le mythe; ceci est très important. Il est tout aussi crucial d'agir face aux problèmes. Je suis une professionnelle de l'hygiène publique au Service de santé de la ville de Chicago; même si les dioxines ou l'oxyde de carbone ou les lésions lombaires n'ont fait l'objet d'aucune étude concluante, il me faut prendre des décisions et proposer des règlements au jour le jour pour le bénéfice des citoyens de notre ville de quelque trois millions d'habitants. On essaie de fonder ses décisions sur les meilleures données scientifiques disponibles, et il est crucial d'agir ainsi. Mais ne pas agir, ne pas prendre d'initiatives, ne pas essayer de mettre en place des règlements pour résoudre des problèmes avant la publication d'études scientifiques est la pire solution.

Finalement, je perçois le problème dans la perspective du travailleur. Je travaille dans une des industries qui ont la réputation, d'après la plupart des études réalisées, de comporter le plus de risques de problèmes du dos : l'industrie des soins médicaux. Mes activités professionnelles en conjonction avec d'autres industries comme l'acier, l'exploitation minière et l'automobile, m'ont amenée à comprendre que chaque groupe professionnel fait face à certains facteurs de risque et à certains problèmes qui lui sont propres; ce qui importe, c'est de ne pas tout mettre dans le même panier. Même si les statistiques ne sont pas bonnes, il est probablement important de se rappeler ce qu'elles disent. En 1984, pour l'ensemble du Canada, 28 pour cent des demandes d'indemnisation adressées aux commissions des accidents du travail concernaient des lésions dorsales. Au Canada, en 1984, le nombre total de lésions dorsales ayant donné lieu à des arrêts de travail s'est élevé à 136 000. En 1985, ce nombre est passé à 150 000. La moyenne de temps perdu à la suite de ces accidents s'établissait à 53 jours. Dans ce pays, cela équivaut à une perte de sept millions de journées de travail. Au Canada, plus de 8 000 travailleurs sont frappés d'invalidité permanente chaque année en raison de dorsalgie. Nous ne disposons pas d'évaluations fiables du coût total. Les frais directs entraînés par la dorsalgie pour le Canada sont évalués, au bas mot, à environ trois quarts de milliard de dollars. Ces statistiques ne sont pas seulement inexactes, mais elles ne tiennent pas compte des cas non signalés. Outre le fait

qu'elles sont peu utiles quand tous les cas sont considérés en bloc, ces statistiques renseignent mal sur les différentes professions. Ce ne sont que des chiffres. Et, si ce problème ne concerne que 7 pour cent du nombre total des effectifs, l'incidence dans le cas de certaines professions, comme celles d'infirmière, d'infirmier, d'ouvrier du bâtiment ou de couvreur, est beaucoup plus élevée.

Il importe de ne pas ignorer les coûts humains. Nous parlons d'hommes et de femmes dont la capacité de se livrer à des activités de loisir est compromise. (Et après tout, ne travaillons-nous pas tous les jours pour être en mesure de prendre part à ce genre d'activités?) Parlons aussi de besognes journalières, comme passer la vadrouille, faire la lessive, effectuer des réparations à la maison, activités dans lesquelles ces personnes sont entravées. Et nous parlons d'hommes et de femmes pour qui la possibilité de gagner leur vie dans la profession de leur choix est diminuée, compromise et, trop souvent, éliminée. Je n'ai pas le temps, et je ne crois pas qu'il soit particulièrement opportun, de parler ici des divers modes thérapeutiques, mais je suis d'accord avec ce qu'a dit Dr Spitzer au sujet de l'absence de fondement scientifique. Je ne veux pas aborder la question philosophique des modalités médicales. Traditionnellement, nous pensons aux lésions dorsales. En réalité, le titre de cet atelier est "Affections dorsales occasionnées par travail". Il est vrai qu'un faible pourcentage des lésions de ce genre sont de nature traumatique, une chute suivie de lésions dorsales, le genre de trauma causé par des accidents de la route ou d'autres situations spectaculaires, mais ce n'est pas la règle. La plupart des troubles du dos dont nous parlons aujourd'hui ne comportent pas de fractures ni de sectionnement de la colonne vertébrale; il s'agit d'altérations beaucoup plus subtiles. Comme il a été mentionné, ces altérations ne peuvent être documentées par la science objective; il est impossible de mesurer des lésions causées à un nerf, de localiser une altération sur des clichés radiographiques. Au fur et à mesure que nous comprenons la physiopathologie des maladies de la colonne vertébrale, certaines choses deviennent évidentes. Je parle habituellement de ce problème non comme d'une lésion dorsale, mais comme d'un processus de maladie chronique. En effet, je crois que ce problème a plus en commun avec un processus de maladie chronique qu'avec une lésion traumatique. En réalité, le prochain atelier du CCHST sur les lésions attribuables au travail répétitif traitera de ce sujet, non pas en rapport avec le dos mais avec d'autres parties du corps. Il est très important de comprendre ce point; il ne s'agit pas du fait que, aujourd'hui, jeudi matin, je soulève un objet et

subis une lésion dorsale; mais il s'agit d'un processus qui s'étend sur des décennies, souvent dans des conditions où le risque d'entorse grave est très élevé pour le travailleur, et aussi dans des milieux où de petites altérations s'opèrent au jour le jour dans un processus chronique.

En tant qu'épidémiologiste, il est crucial de ne pas oublier les sous-groupes. Quand Dr Spitzer mentionne le chiffre de 7 pour cent, il est important de bien comprendre ce concept. Nous devons considérer certaines professions déterminées. En effet, la littérature médicale démontre abondamment que certaines professions semblent exposées à des risques plus élevés que d'autres. Nous pouvons ergoter sur le degré de risque, sur les probabilités, les pourcentages et la nature des risques, mais nous ne pouvons ignorer que certaines catégories de travailleurs courent un plus grand risque de manifester ce syndrome de dorsalgie chronique et d'autres problèmes musculo-squelettiques. Par exemple, je sais que plus de 7 pour cent des hommes qui travaillent pour les municipalités comme éboueurs seront frappés de dorsalgie invalidante. Je sais que cela est dû à leur travail : ils soulèvent des tonnes d'ordures chaque jour. Il est rare qu'un éboueur atteigne l'âge de 58 ou 62 ans sans problème de dorsalgie. Dans l'industrie des soins médicaux, les infirmières, les infirmiers, les techniciens de radiologie, les personnes chargées de transporter et porter les patients présenteront une incidence extraordinairement élevée de problèmes de dorsalgie.

Pour un bon épidémiologiste, il est important de considérer les données à tous les points de vue afin de mieux saisir le problème. Une chose est sûre, il s'agit d'un problème réel et grave qui a de nombreuses répercussions sur les coûts et la productivité; ces répercussions ne sont pas sans importance. Mais il y a aussi des coûts indirects pour la société en termes de familles, de communautés, d'incapacité de vaquer à ses occupations normales, de vies qui doivent être réorientées, de la perte d'estime -- des répercussions réelles sur la réalité humaine. Même si nous ne connaissons pas tous les aspects physiopathologiques de cette maladie, ni ne comprenons toutes les conséquences d'une certaine conception des modèles industriels sur les structures du dos, nous savons quand même qu'il y a un problème.

La prochaine question que tout scientifique raisonnable doit poser est celle-ci : que pouvons-nous faire? Certaines solutions ont été esquissées. En ce qui concerne les tests de dépistage, je peux dire, d'après mes lectures médicales et d'après mon expérience en pratique clinique, que nous n'avons pas élaboré de mécanisme permettant un dépistage efficace. Ce qui est plus important, à quoi servirait ce dépistage? Voilà la vraie question. Quel but poursuivons-nous dans le dépistage? Est-ce pour découvrir un genre de surhomme immunisé contre les lésions lombaires, les lésions au coude ou autres, et qui pourrait exercer ses fonctions dans un environnement de travail de conception aussi étrange que ce soit? Nous n'en trouverons pas. Ce qui ne veut pas dire que je suis contre les études portant sur la définition des facteurs humains aggravant le risque de lésions. À vrai dire, je crois que cette recherche est d'importance déterminante; mais la question est : comment exploiter les résultats d'une telle recherche? Si celle-ci a pour but de faire un portrait robot du surhomme, c'est une perte de temps. S'il s'agit de trouver de meilleurs moyens de prévention, elle vaut la peine.

Formation. Il est très difficile pour quelqu'un oeuvrant en médecine préventive et hygiène publique de s'opposer à la formation; c'est une valeur sacrée. Mais qui formons-nous et dans quel but? Ce ne sont certainement pas les travailleurs dans l'atelier qui doivent être formés dans les techniques de levage; quelques études intéressantes dans ce domaine indiquent que les ouvriers expérimentés découvrent eux-mêmes la façon la meilleure et la plus efficace de soulever un objet, étant donné la situation horrible dans laquelle ils se trouvent. Si vous voulez apprendre comment soulever un objet, adressez-vous à ceux qui font ce travail depuis 5, 8 ou 10 ans et regardez-les; voilà probablement la façon la plus efficace de le faire. Il importe davantage que nous formions les chefs de service, les médecins, les infirmières, les ergonomes, parce que c'est nous qui connaissons le moins de cette tâche particulière et prenons la plupart des décisions concernant les tâches de ces travailleurs. Quel est le but de notre formation? Non pas les techniques de levage. Il nous faut donner à chacun, en la matière, quelques notions élémentaires du vaste domaine multidisciplinaire de l'ergonomie.

Je tiens à vous dire que j'appuie formellement les mesures de prévention.

Nous n'avons pas entrepris des études convenablement élaborées visant à démontrer que des modèles bien conçus en fonction du travail permettent de prévenir les problèmes du dos. Cela tient au fait que dans ce pays, en Amérique du Nord et partout au monde, nous n'avons pas encore apporté les changements de conception nécessaires. Il est difficile de faire des études sur ce que nous croyons être des modèles plus rationnels si, en réalité, nous n'avons pas pu les appliquer dans la plupart des lieux de travail. Quand il y a un milieu où les premières études sont réalisées, la documentation scientifique n'en publie pas les résultats; ces études sont dans leur première phase au Canada et même moins évoluées aux États-Unis; mais, dans les usines que nous avons étudiées, il y a des signes encourageants. Néanmoins, nous avons une obligation : nous ne pouvons attendre jusqu'à ce que tous les faits soient connus. Je dirais même que, de toute façon, ceci ne se passera pas de notre vivant. Nous avons l'obligation de suivre une méthode vraiment scientifique, ce qui veut dire que nous devons nous pencher sur ce qui est connu, imaginer certaines solutions dont nous espérons qu'elles nous mettront sur la bonne voie et, ensuite, évaluer ces changements de conception, ces modifications de tâches, ces règlements, quitte à les rechanger. Quels que soient les points sur lesquels nous serons d'accord aujourd'hui, nous penserons différemment en 1995 ou en l'an 2000. Nous ne devrions pas craindre de prendre les initiatives qui semblent raisonnables. Vous avez maintenant une occasion importante et unique. J'espère que vous vous en prévaudrez avec enthousiasme et une certaine perception du rôle que vous pouvez jouer. La question déterminante pour vous, au cours de la prochaine journée et demie, est de chercher à savoir comment prévenir les problèmes du dos ainsi que d'autres problèmes musculo-squelettiques, même si nous nous intéressons surtout au dos. Comment prévenir ces lésions à répétition? Comment les minimiser? Que pouvons-nous faire?

Il est vrai que nous savons maintenant beaucoup plus qu'il y a 20 ans sur l'étiologie et l'évolution de ces problèmes; et il n'y a pas de doute que nous avons besoin de plus de recherches. Il est également vrai que, de l'avis de la plupart parmi nous qui oeuvrons dans ce domaine, changer la conception des tâches constitue la principale façon de résoudre le problème. Ce n'est pas facile; les détails de la conception sont souvent fort compliqués. Souvent, nous décidons de redéfinir un travail ou une tâche pour éviter un problème de dorsalgie et, six mois plus tard, nous constatons que nous avons créé un problème au niveau du coude. En effet, il ne s'agit pas toujours d'une tâche simple et facile et souvent, la plupart du temps, il faut plusieurs cycles d'étude, de documentation, des tentatives de changement de conception ou des habitudes de travail et d'évaluation de ces changements

pour, ensuite, en apporter d'autres. C'est cela la méthode scientifique. C'est de cette façon que le processus scientifique avance.

Par-dessus tout, quand on considère le coût économique, social, politique et humain de ce problème, il est essentiel que nous agissions ensemble. Il faut des mesures gouvernementales. Le gouvernement a la possibilité d'agir de façon responsable et équilibrée. Il y a longtemps que nous aurions dû mettre en place des règlements et des lois relatifs à l'application des principes ergonomiques de conception. Les principes fondamentaux sont suffisamment connus pour élaborer de tels règlements. Nous en voyons un début dans les pays scandinaves et ailleurs. Il n'y a pas de raison pour que ce genre de règlements n'existent pas au Canada. En tant qu'êtres humains, nous tendons à agir seulement quand nous y sommes obligés. Ceci veut dire qu'il nous faudra une réglementation gouvernementale qui impose le changement à tous les lieux de travail, et non pas seulement aux entreprises syndiquées. Les règlements doivent avant tout garantir qu'il n'y aura pas de discrimination contre les travailleurs; en effet, les règlements de nature à causer la perte de rémunération et d'emploi à ceux en moins bonne santé, ou à ceux qui ont déjà souffert de problèmes du dos, ne donneront pas de résultats. Les règlements ont pour but de protéger l'être humain. Nous pouvons commencer par la réglementation des principes élémentaires de la conception, mais non pas de la hauteur exacte d'une table. Quand un industriel introduit un nouvel élément dans son procédé, le règlement devrait l'obliger à suivre le conseil d'un comité mixte d'hygiène et de sécurité qui s'occupe des principes de conception. Ces principes élémentaires devraient être mis en place. S'ils ne le sont pas, si nous n'évoluons pas vers une certaine mise en pratique de la théorie, si nous n'obtenons pas que les gouvernements provinciaux et fédéral exercent une coercition dans ce domaine, nous ne disposerons jamais des données et des renseignements de base dont la science a besoin pour pouvoir éviter les maladies dorsales liées au travail.

QUESTIONS ET COMMENTAIRES

Lillian Vine :

Merci à tous les conférenciers et conférencières pour leurs excellents exposés.

Maintenant, vous, les participants, avez l'occasion de poser des questions ou d'exprimer vos commentaires à la tribune. Veuillez vous identifier chaque fois que vous prenez la parole et nommer le conférencier ou la conférencière à qui vous vous adressez. Y a-t-il des questions?

Les Kovacsi - SCFP, section 43 :

J'aimerais demander au groupe d'experts d'exprimer une opinion, surtout Dr Geoffrey Wright. Un des problèmes posés par les lésions dorsales est que les employeurs ne tiennent pas vraiment à ce que l'employé(e) qui a subi de telles lésions retourne au travail. S'il n'y avait pas de convention collective ou de politique, ils ne les laisseraient pas retourner. Nous devons constamment insister auprès de l'employeur et des gouvernements provinciaux sur le droit du travailleur de reprendre son emploi ainsi que sur son droit à des adaptations de la part de l'employeur. J'aimerais maintenant demander au groupe d'experts ce qu'ils considéreraient légitime et raisonnable d'inclure dans un texte législatif obligeant l'employeur à reprendre cet employé.

Dr Geoffrey Wright :

Cette question mérite d'être étudiée. Ce n'est pas un sujet que je peux commenter, mais je crois vraiment qu'il nécessite des suggestions positives émanant de groupes, par exemple de cet atelier ou autrement.

Dr Robert Webb :

Étant donné la faiblesse des critères de sélection et la question des droits de la personne, il est difficile pour l'employeur de démontrer qu'une personne est dans l'impossibilité de remplir ses anciennes fonctions après un accident de travail. Deux aspects sont en jeu : premièrement, il faut démontrer que les critères s'appliquent, à savoir que la lésion empêche le travailleur d'accomplir ces tâches; deuxièmement, l'employeur est obligé d'adapter à un degré modeste la tâche à l'employé, pourvu que le coût soit raisonnable. La définition d'adaptation "à un degré modeste" et de "coût raisonnable" fait actuellement l'objet d'une interprétation par des tribunaux saisis de divers cas d'arbitrage. Il serait intéressant de suivre l'issue de ces affaires.

Brian Kohler - Syndicat des travailleurs de l'énergie et de la chimie, section 800 :

J'ai une question pour Dr Wright. Vous avez parlé longuement de programmes de cotation des emplois dans le cadre desquels les personnes et les tâches sont analysées en vue d'une mise en correspondance des deux. Ensuite, vous avez mentionné que, bien que la validité de cette approche ne s'appuie sur

pratiquement aucune documentation, vous croyez cette initiative utile et vous avez semblé la préconiser. Ma question est celle-ci : le fait que, traditionnellement, ce genre de programmes a été utilisé plus souvent à des fins de discrimination que pour améliorer les conditions de travail ne vous inquiète-t-il pas?

Dr Geoffrey Wright :

Vous placez la question dans la bonne perspective, parce que j'ai parlé du fondement historique de certains de ces tests. Il est très évident, dans certains de ces articles, que le concept se résume à ceci : "Voici un travail et voyons si le travailleur en est capable." Pourquoi ne suis-je pas inquiet? Parce que, en tant qu'ergonome, je prétends que l'approche adoptée dans ces programmes, à savoir l'appariement des emplois, est compatible avec les principes de l'ergonomie au sens général. Sans aucun doute, il y a un besoin d'évaluer l'emploi, c'est-à-dire ce qu'il faut mettre en oeuvre pour exécuter une tâche particulière. Il y a aussi toujours l'espoir que les talents et capacités du travailleur y correspondront. Quand vous dites que ce genre d'évaluation a été utilisé de façon discriminatoire par le passé, je ne doute pas que de tels exemples existent.

Nous devons examiner les concepts qui ont été élaborés pour voir s'ils peuvent être appliqués ou s'ils sont effectivement appliqués selon leur destination et nous devons sérieusement essayer de les évaluer objectivement. Vous noterez, par exemple, que le programme d'emploi pour handicapés du ministère du Travail a sorti quelques publications excellentes qui signalent aux employeurs et aux travailleurs l'existence de mesures objectives pour définir un poste donné et décider qui peut en exercer les fonctions. Ce qui est, à mon avis, particulièrement intéressant dans cette approche est que, utilisée convenablement, elle oblige à poser la question : y a-t-il des modifications à apporter au lieu de travail pour permettre à tel travailleur d'exécuter telle tâche?

Robert Bouchard - Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec :

Ma question est adressée au Dr Spitzer. S'il faut attendre une preuve scientifique rigoureuse pour établir des liens entre des tâches précises ou des mouvements exécutés au travail et les lésions à la colonne vertébrale avant d'entreprendre une intervention directe, prendrons-nous jamais des mesures de prévention essentielles?

Dr Walter Spitzer :

Ma réponse est celle-ci : on doit agir dans des situations où il y a une intervention plausible du point de vue biologique, clinique et pratique, du genre de celle décrite par Dr Webb et semblable à certains cas suggérés par Dr Wright. Je trouve tout à fait inacceptables les suggestions à propos de sélection, mais certaines autres se tiennent. Je crois que la préoccupation de M. Bouchard est tout à fait légitime. Sommes-nous paralysés par le manque de preuve? Allons-nous dicter de notre tour d'ivoire ce qui peut, ou ne peut pas, être fait en fonction des preuves scientifiques? Ma réponse est "certainement pas". Avançons avec enthousiasme et essayons ces choses, mais introduisons toujours des interventions plus nouvelles qui n'ont pas encore été mises à l'épreuve, en conjonction avec des études portant sur des cas dont l'issue peut indiquer si le travailleur bénéficiera ou non de telles interventions. Faites l'intervention initiale, évaluez les résultats du projet pilote, avant une application généralisée. Qu'essayons-nous d'éviter? Nous essayons d'éviter un fiasco à la suite d'une expérience entraînant beaucoup de frais sur une longue période, ce qui est inutile et même nuisible. Par exemple, la radiographie thoracique pour la prévention du cancer du poumon. La radiographie ne peut prévenir le cancer du poumon. À l'époque, il semblait logique de croire qu'elle le pouvait. La radiographie fut donc introduite partout en Amérique du Nord avant de procéder à un essai avec groupe témoin pour vérifier si le recours aux radiographies thoraciques permettait d'obtenir des résultats censés être bénéfiques pour le sujet. En attendant, nous avons soumis la population à des millions de rads d'irradiation nocive. Je suggère que ce genre de situation doit être évitée. Cependant, je partage sans réserve la préoccupation de M. Bouchard au sujet de l'inertie qui consiste à attendre, en entretenant des espoirs irréalistes sur l'avènement d'une science rigoureuse.

Dr Robert Webb :

Je perçois un malentendu sur la nature de l'ergonomie. L'ergonomie est un processus. C'est une tentative de façonner l'environnement de travail selon des critères reposant sur les facteurs humains. Nous faisons appel aux meilleures connaissances disponibles. Dans un deuxième temps, l'ergonomie consiste à appliquer des critères scientifiques pour évaluer l'efficacité de l'intervention. C'est une méthode d'étude technique des facteurs humains qui comporte un diagnostic du problème, l'examen de la documentation afin de découvrir quels

critères dignes de foi sont disponibles; en l'absence de ces derniers, il est nécessaire d'entreprendre sa propre étude de projet. Il s'agit de puiser dans plusieurs disciplines pour se concentrer sur des cas particuliers. L'ergonomie s'efforce de prendre des données générales sur des populations -- taille, hauteur, prédisposition aux lésions dorsales, force -- et de les appliquer à des cas particuliers; à tout le moins, vous aurez à déterminer que le cas précis que vous traitez se situe dans les paramètres des preuves scientifiques disponibles.

Dans son exposé sur la formation, Dr Murray a déclaré que nous devrions concentrer nos efforts non pas sur les gens qui sont aux prises avec des symptômes ni sur les conséquences d'une conception médiocre des tâches, mais sur ceux qui élaborent ces tâches : ingénieurs, architectes, cadres de direction, qui formulent les politiques et mettent en place les méthodes. J'en conviens. Ce sont eux que nous devons former de façon plus efficace à la compréhension du processus ergonomique.

Dr Linda Murray :

Il s'agit ici d'un point important dans l'hygiène et la sécurité au travail. Cela soulève la question de savoir ce que l'on pense du rôle de la recherche, ce qui relève de toute évidence de la politique et de la philosophie. À mon avis, le seul but de la science est de transformer le monde; autrement, pourquoi consacrer temps et argent à l'étude de questions? Toutefois, nous devons établir une distinction entre les niveaux de rigueur scientifique; nous ne pouvons nous permettre, et je ne pense pas qu'il soit nécessaire non plus, de concevoir des études épidémiologiques appropriées portant sur un grand nombre de sujets, et de disposer d'un certain nombre d'études de conception différente chaque fois que nous voulons changer de modèle. L'un des aspects déterminants de l'ergonomie est que nous nous efforçons de concevoir des milieux de travail pour des situations individualisées, non seulement pour des personnes mais aussi pour des situations. Avons-nous réellement besoin d'une étude minutieuse pour être conscients que les travailleurs de l'automobile affectés à la pose de roues de secours sous une partie inhabituelle du coffre d'une voiture subissaient des dommages irréparables au dos? Des études de portée vaste traitant des principes de base ne pourront être assez précises pour indiquer quels changements sont nécessaires dans telle usine automobile, tel hôpital ou foyer pour personnes âgées.

Même si la recherche joue un rôle déterminant, elle ne représente qu'un élément du processus. Il est une autre responsabilité cruciale qui nous incombe à nous les scientifiques, qui comprenons l'épidémiologie et la recherche épidémiologique, matière souvent mal interprétée; c'est la responsabilité d'être clairs. Lorsque nous déclarons que les données ne sont pas disponibles pour certaines choses, c'est bien vrai; mais elles sont suffisantes pour nous rendre conscients de la nécessité d'apporter quelques modifications conceptuelles. Prenons un exemple classique, la radiographie thoracique. N'importe quel médecin vous dira que les radiographies thoraciques ne feront rien pour prévenir le cancer du poumon. En fait, l'un des risques de cancer du poumon est lié au nombre de radiographies thoraciques prises. Pourtant, nous n'avons pas eu à attendre la publication d'études. Au départ même, c'était une notion erronée et mal appliquée.

La recherche et la science sont importantes et ne devraient pas être entourées de mystère. Nous devrions pouvoir en parler aux gens ordinaires dans le langage courant; si ces derniers ne comprennent pas le sens de notre propos, c'est probablement parce que nous faisons de la mauvaise science. Si les scientifiques ne peuvent expliquer ce qu'ils font et pourquoi à des gens intelligents qui ne demandent qu'à comprendre, il y a toutes les chances du monde pour que la science dont nous parlons soit de la mauvaise science. La science devrait être un catalyseur, un outil de changement, et non un obstacle.

Dr Geoffrey Wright :

L'inclusion des principes de conception ergonomique du lieu de travail constitue une mesure principale de prévention qui trouve un certain appui dans la littérature médicale, en particulier dans les travaux de Snook, Campanelli et Hart (1978), qui ont réussi à démontrer qu'en façonnant une tâche liée au lieu de travail de façon à ce qu'elle puisse être accomplie par 75 pour cent de la population active, ils parvenaient à réduire de façon appréciable l'incidence de lésions dorsales sur le lieu de travail (2). Ce genre d'étude a un certain attrait scientifique. Je ne voudrais pas vous donner l'impression que certaines mesures d'intervention sont dépourvues d'appui scientifique; en même temps, il convient d'être très circonspect afin de ne pas suivre aveuglément une méthode particulière. Il faut toujours et constamment évaluer, corroborer et étudier sous divers angles afin d'assurer la validité scientifique que l'on espère.

Dr Robert Norman - Université de Waterloo :

J'ai été heureux d'entendre Dr Spitzer adoucir ses commentaires lorsqu'il a répondu aux questions. Je travaille au sein d'une communauté scientifique; je suis sympathique à l'approche préventive. Je pensais que vous vouliez insinuer, Dr Spitzer, qu'il fallait laisser la question exclusivement entre les mains de la communauté médicale.

Je voudrais quelques éclaircissements; je crois vous avoir entendu dire que même si des mesures préventives permettaient de réduire le nombre de visites auprès des commissions des accidents du travail, il y aurait quand même les 7 pour cent de sujets qui représentent 75 pour cent des coûts d'indemnisation et, par conséquent, si nous considérons les coûts pour les CAT, le meilleur placement demeure la réadaptation et la réintégration de ces personnes dans l'effectif de travail. Ce raisonnement, s'il est exact, m'effraie quelque peu, car il suggère la nécessité de recherches beaucoup plus considérables dans les techniques de réadaptation, dont les praticiens sont en gros des physiothérapeutes et des ergothérapeutes qui ne possèdent aucune formation formelle à la recherche.

Dr Walter Spitzer :

Il y a forcément une certaine distorsion lorsque nous tentons de décanter une masse d'information. Je ne serais pas en médecine universitaire et préventive si je n'étais pas résolument engagé envers la prévention comme stratégie principale pour améliorer la santé de la population. J'ai un préjugé philosophique favorable envers la prévention; par ailleurs, je suis parfaitement conscient du fait que même la prévention peut nuire dans la mesure où elle est déplacée, prématurée ou mal braquée.

Je crois certainement qu'il est important et prioritaire d'approfondir les causes de la dorsalgie. En réalité, nous ne savons rien de l'étiologie de la dorsalgie se traduisant par l'invalidité. Quel est le dernier maillon dans la chaîne des événements du mécanisme responsable de la perception de la douleur qui entraîne par la suite le comportement d'invalidité? Nous ne le savons simplement pas. C'est là un domaine qu'il faudra approfondir davantage pour permettre la prévention primaire. C'est une tâche difficile, qui prend un temps considérable; il faudra mener des études prospectives concomitantes de cohortes qui nous permettent d'établir des prévisions et de distinguer les sujets qui seront atteints de maladie relativement bénigne spontanément résolutive de ceux qui évolueront vers un état pathologique chronique. Ce que je veux dire c'est ceci : tout en consacrant à ce projet le temps,

l'argent, l'effort et la collaboration nécessaires, sans tirer des conclusions hâtives, passons à l'action en faisant ce qui pourra être profitable pour le travailleur et la population; concentrons nos efforts sur ce pourcentage de personnes qui actuellement, en grande partie à cause des fautes techniques des professionnels de la santé, évoluent vers la maladie chronique, souvent à cause de circonstances qui auraient pu être évitées si le système était plus efficace et le traitement des problèmes dans les premières phases plus habile et compétent. Nous devrions concentrer nos efforts sur les causes, sur la détermination des mesures préventives qui permettent d'obtenir des résultats concrets. Ce qui m'intéresse, ce n'est pas de réduire le nombre de visites auprès des commissions des accidents du travail, mais bien de réduire l'incidence du problème, la durée par incident, et de maintenir au minimum l'invalidité résultante.

En termes de résultats dans la population, les choses qui comptent le plus sont celles qui indiquent si une population de travailleurs ou une population générale se porte mieux ou plus mal. Et là, nous avançons plutôt à tâtons. Nous devons autant que possible commencer à nous concentrer sur certaines questions. Dans certains cas, nous pouvons suggérer des formes de collaboration. Même si nous ne marquons pas de but, au moins faisons quelques belles échappées.

Lillian Vine :

Voilà un excellent propos de clôture de cette séance; travaillons ensemble. Je vous invite donc à vous joindre à notre groupe pour réaliser cet objectif. Je tiens à remercier, même brièvement, les conférenciers et conférencière pour leurs exposés intéressants, riches d'information et très stimulants.

DIRECTION

Président : Paul Gray
Directeur; Risques, sécurité et réglementation
Énergie atomique Canada Ltée; société radiochimique

Rapporteur : Michel Bellefleur
Superviseur de la formation, foresterie Fraser Inc.

Nous allons commencer par l'atelier n° 2, l'atelier n° 1 ayant créé beaucoup de controverse au sein de notre groupe.

ATELIER N° 2

Conception des tâches

À notre avis, une conception efficace des tâches ne peut être accomplie que par le biais d'une analyse multidisciplinaire appelant la participation des salariés, des comités mixtes sur l'hygiène et la sécurité, des professionnels, du gouvernement, de la direction, des ressources externes et d'autres intervenants. Nous pensons que cette approche multidisciplinaire est très importante. L'expérience et les compétences spécialisées de tous ces groupes sont vitales pour l'établissement d'une méthode efficace et acceptée de conception des tâches.

ATELIER N° 3

Prévention, formation et élimination ou restriction des risques

a) Y a-t-il des méthodes universelles efficaces pour le levage des objets?

Non. Toutefois, il existe certains points qui pourraient faire partie d'une méthode universelle et qu'il convient d'adopter, comme : soulever un poids en le tenant aussi près du corps que possible, savoir à l'avance le poids de l'objet à soulever, éviter toute torsion, observer et consulter les employés qui effectuent leur travail pour déterminer la meilleure méthode à suivre, la plus "éprouvée".

ATELIER N° 1
Étendue du problème et sélection préalable

ATELIER N° 2
Conception des tâches et du lieu de travail

ATELIER N° 3
Prévention, formation et élimination ou restriction des risques

CCOHS/CCHST

b) Comment déterminer la bonne méthode pour des tâches précises et des espaces de travail déterminés?

Telle que nous la percevions, cette question se prêtait bien au traitement par l'atelier n° 2. Ces renseignements sont nécessaires pour réussir la conception du lieu de travail.

c) Quel genre de formation est requise? Une formation initiale? Une formation de consolidation ou bien une initiation aux nouvelles pratiques et aux nouveaux équipements?

Bien que la formation soit secondaire à la conception ergonomique, qui doit être fondée sur des efforts communs, elle doit aussi être menée en combinaison avec la conception des tâches pour assurer un tableau complet de la situation. Une bonne conception des tâches en combinaison avec une formation efficace feront beaucoup pour réduire au minimum les problèmes du dos et l'incidence de lésions dorsales. La formation des travailleurs doit porter précisément sur chaque emploi pour que toutes les composantes du travail et la conception des tâches puissent être enseignées. Une formation plus structurée est nécessaire dans le cas des professionnels, des gestionnaires, des membres de comités mixtes sur l'hygiène et la sécurité, des superviseurs et autres. Dans le cas des travailleurs et superviseurs, la formation formelle doit comprendre une formation générale sur les structures et les problèmes du dos, la bonne manière de soulever une charge (c'est-à-dire les principes fondamentaux précisés en a)) ainsi que les principes ergonomiques.

d) Que savons-nous sur les programmes de prévention et qu'est-ce qui a été accompli? Que devons-nous savoir et que reste-t-il à faire?

Nous insistons sur le programme de formation physique. La formation doit être secondaire à la conception des tâches ou être menée en combinaison avec celle-ci pour tenter de prévenir et de réduire l'incidence de lésions dorsales. Nous estimons que la combinaison de ces deux éléments donnera les meilleurs résultats.

e) Y a-t-il des façons d'éliminer les risques? Quels risques?

Nous avons trouvé que la meilleure façon d'éliminer les risques consistait en une bonne conception des tâches, et ce par le biais d'un effort conjugué.

f) Comment traiter les risques qui ne peuvent être éliminés?

Si les risques ne peuvent être éliminés, nous pensons qu'il faut les aborder par la formation et la rotation d'emplois. Un autre point soulevé dans notre discussion concernait la réduction de la durée d'exposition aux risques durant la rotation ainsi que la prise d'autres mesures administratives de contrôle en supposant qu'aucune aide mécanique ne soit applicable à l'emploi.

g) Étudiez le pour et le contre des restrictions de poids comme moyen d'éliminer ou de réduire l'incidence de lésions.

Nous avons répondu "non" aux restrictions de poids comme moyen d'éliminer ou de réduire l'incidence des lésions. Nous ne pouvons pas stipuler les restrictions. Celles-ci sont tellement vagues et dépendent de la situation concrète de travail, du poids en question (c'est-à-dire de la personne ainsi que de la forme de l'objet).

ATELIER N° 1

Étendue du problème et sélection préalable

a) Quelle est l'étendue du problème?

À notre avis, l'étendue du problème est vaste et englobe les aspects interne et externe de l'environnement matériel de travail. L'étendue des problèmes du dos est, selon nous, sous-estimée et est liée à des tâches répétitives ainsi qu'aux entorses et aux tours de rein. Une meilleure définition de l'incapacité de travail est vraiment nécessaire.

b) Dans quelle mesure les tests ont-ils une valeur prédictive? À quel point sont-ils scientifiquement valides? Sont-ils utilisés à des fins discriminatoires contre certains travailleurs?

En premier lieu, nous avons estimé que les conditions préexistantes susceptibles de rendre une personne plus sujette aux lésions dorsales peuvent être identifiées au moyen de tests sélectifs particuliers comme, par exemple, lors de l'examen médical de préembauche. Deuxièmement, cet examen de présélection permettrait d'identifier un état évident susceptible d'entraîner une lésion à la maison ou au travail lors d'activités simples et faciles de levage (chez 95 pour cent de la population). Troisièmement, une meilleure définition des termes "test" et "dépistage" doit être établie. Cela est important, puisque ces termes s'appliquent différemment selon qu'ils sont utilisés dans des examens de préembauche ou en cours d'emploi. Quatrièmement, des études plus poussées sont nécessaires pour la mise au point de tests à valeur prédictive. De telles études doivent toutefois recevoir l'approbation des diverses parties intéressées (les travailleurs, la direction, le gouvernement et les professionnels) pour s'assurer d'un consensus quant aux divers types de tests et la façon dont les résultats sont utilisés. Nous soulignons fortement la nécessité d'un tel consensus et estimons que les mécanismes de tests/dépistage ainsi mis en oeuvre seront avantageux pour les personnes qui n'ont pas réussi à répondre aux exigences minimales (c'est-à-dire les personnes les plus sujettes aux entorses et aux tours de rein). Une fois conscientes du problème, elles pourront rechercher des emplois moins exigeants où leur bien-être (et celui de leur famille) est moins menacé.

c) Comment ces résultats sont-ils utilisés? Dans des programmes de formation visant à aider les travailleurs? Pour favoriser la conception des tâches ou du lieu de travail?

La sélection préalable peut jouer un rôle dans le processus de prévention de toute atteinte à la santé des travailleurs et à celle d'autres personnes. Toutefois, elle ne favorise pas toujours la correction ergonomique; elle doit être secondaire à la conception des tâches et du lieu de travail. Dans la mesure où la conception des tâches permettrait de réduire au minimum

le risque pour le travailleur "à risque élevé de lésion dorsale" à un point où il peut continuer à accomplir son travail de manière efficace, les résultats ne seraient pas utilisés contre le travailleur. Si la conception des tâches ne peut avoir cet effet, le travailleur ne devra pas être placé dans un tel milieu de travail, et ce pour sa propre protection et celle des autres travailleurs.

d) La sélection préalable peut-elle servir à éviter ou réduire au minimum l'incidence de lésions dorsales sur le lieu de travail?

Là où il y a un problème physiologique évident, on peut recourir à une sélection préalable efficace pour s'assurer que la santé de la personne concernée ne subira pas d'atteinte dans cet emploi en particulier (c'est-à-dire que cette personne ne fait pas ce travail).

e) Mène-t-elle à des mesures adaptatives ou discriminatoires?

Dans le cas d'un employeur dénué de scrupules, la sélection préalable peut mener à des mesures discriminatoires envers l'employé éventuel atteint d'une invalidité évidente. Nous pensons toutefois que les avantages sont éventuellement plus nombreux pour cette personne. Cela ne sert à rien d'affecter une personne à risque élevé à un emploi où elle souffrira très probablement de dorsalgie, d'entorse ou de tour de rein et ruinera sa propre vie ainsi que celle des membres de sa famille. Nous convenons que les tests sélectifs ont des applications très limitées, mais jugeons qu'ils peuvent servir dans certains lieux de travail où la mise au point prudente de tests validés sert de guide pour le placement des employés.

Lillian Vine :

Nous avons convenu de laisser les questions pour après la présentation de tous les comptes rendus. À moins que quelqu'un de votre groupe ne veuille ajouter un point quelconque à ce rapport, je pense que nous devons passer tout de suite la parole au groupe professionnel.

Si je peux résumer, le groupe patronal a gardé pour la fin la présentation du rapport sur la question 1 parce qu'il l'a probablement trouvée la plus difficile et la plus contestée. Vos autres approches du problème étaient très axées sur l'emploi et les efforts conjoints.

PROFESSIONNELS

Président : Gwenn Roberts
Consultante en physiothérapie du travail
Services d'ergonomie
Association d'hygiène et de sécurité au travail des services de santé

Rapporteur : Gord Thomson
Superviseur de la sécurité technique
Hydro Ontario

Dans notre discussion, nous avons eu tendance à nous pencher davantage sur le thème de l'atelier que sur les questions précises; c'est peut-être typique des groupes professionnels.

ATELIER N° 1

Étendue du problème et sélection préalable

Nous avons identifié un certain nombre d'éléments qui, à notre avis, devraient être inclus dans un programme de soin du dos. Le premier élément nous a permis de constater que le problème survient aussi bien sur les lieux de travail qu'à l'extérieur et que nous devons examiner la question du vieillissement de la main-d'oeuvre et du mode de vie sédentaire du 20e siècle.

Nous devons également aborder le problème de la déclaration des blessures. Les travailleurs âgés, en particulier, ont tendance à garder secrète leur souffrance au lieu de l'exprimer. Ce point a soulevé des doutes quant à l'exactitude des statistiques actuelles comme outil pour mesurer l'ampleur du problème. Tous les cas de lésions ne sont pas déclarés. Lorsqu'on se penche sur les problèmes du dos à l'exclusion de tout autre, on est porté à ne pas tenir compte des autres cas de lésions musculo-squelettiques et de lésions à caractère répétitif liées aux entorses.

Nous devons chercher la cause réelle du problème tout en reconnaissant que les lésions dorsales ne sont pas nécessairement un événement isolé. Souvent, un seul mouvement de torsion dorsale n'est pas à l'origine du problème. Il faut reconnaître que le concept de la lésion dorsale est un problème chronique. Il faut s'attarder sur la question de la chronicité du problème et rejoindre ce groupe de travailleurs (7,5 pour cent) pour les empêcher d'évoluer vers un état d'invalidité chronique. Durant notre discussion, les sujets du travail modifié et de la capacité du système d'assurance-maladie à réagir aux questions touchant le soin du dos ont été maintes fois soulevés. Cette déclaration, en particulier, traduit la frustration d'un grand nombre de professionnels de la santé. Nous devons, bien sûr, tenir compte de la conception du lieu de travail et de l'application des principes ergonomiques.

Pour ce qui est de la sélection préalable ou de l'expression que nous préférons, "évaluation de préembauche", nous sommes tous d'accord qu'il y a risque de discrimination. L'utilisation de cet outil de mesure se justifie dans un nombre restreint de situations, mais nous devons être très précis en indiquant lesquelles. Exemple : nous avons déclaré que la sélection de l'emploi approprié dans le cas d'une personne souffrant d'un handicap grave peut exiger des tests d'évaluation de préembauche. Nous avons ajouté que les antécédents médicaux d'une personne peuvent servir à encourager l'employé à participer à un programme de soin du dos offert par l'employeur. La sélection préalable ou l'évaluation de préembauche ne donne réellement qu'une idée approximative de la santé dorsale d'un futur employé et ne peut donc être utilisée comme outil à valeur prédictive. Toutefois, l'évaluation de préembauche peut, dans la mesure où elle comporte une analyse des tâches, permettre d'identifier les emplois mal conçus et c'est là un de ses avantages.

ATELIER N° 2

Conception des tâches et du lieu de travail

Tout comme en analyse ergonomique, la conception du lieu de travail est essentielle et doit être faite en consultation. Il doit y avoir collaboration entre les travailleurs, les superviseurs, la direction et les professionnels. Les travailleurs, les directeurs et les superviseurs doivent recevoir une formation en ergonomie pour les rendre conscients des principes de cette discipline. Toute démarche visant la solution des problèmes du dos doit faire appel à une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé, de

techniciens, de travailleurs et de membres de la direction. Quelqu'un a suggéré l'idée que les techniciens ou le personnel professionnel participent aux comités mixtes sur l'hygiène et la sécurité, mais seulement à titre de personnes ressources. Nous insistons fortement sur l'apport de l'employé dans la conception du lieu de travail et sur l'importance des pauses dans l'organisation de l'emploi. À notre avis, les points relatifs au comportement sur le lieu de travail sont extrêmement importants; il faut également tenir compte des relations interpersonnelles en milieu de travail. Finalement, nous insistons sur le besoin de donner aux étudiants, dans toutes les disciplines techniques et médicales, une formation en ergonomie durant leurs études universitaires.

ATELIER N° 3

Prévention, formation, élimination ou restriction des risques

Nous avons discuté longuement de ce sujet et sommes arrivés à quelques conclusions. Pour ce qui est d'une loi sur les limites des charges de travail, nous étions généralement d'accord que si une telle loi était adoptée, bien que cette solution n'ait pu faire l'objet d'un consensus, nous devrions nous assurer que toute loi présente l'avantage d'une mise en application des principes scientifiques. Toute limite prévue par la loi doit être fondée sur des principes scientifiques. Plus acceptable encore serait une loi sur les évaluations ergonomiques en milieu de travail, par exemple l'analyse ergonomique avant l'installation de nouvel équipement.

Pour ce qui est de la prévention, nous avons étudié la question de la formation en matière d'ergonomie, de compétences professionnelles, de condition physique sur le lieu de travail. De même, nous avons examiné le sujet des attitudes du milieu de travail et le besoin d'évaluer l'efficacité des programmes de formation actuels et proposés.

MÉTHODE DE L'ATELIER

Nous avons convenu de la nécessité d'un atelier sur le travail modifié. C'est un sujet qui a été soulevé tout au long de la discussion : concevoir un travail modifié et s'assurer qu'il est offert aux employés blessés.

À notre avis, les questions posées lors de cet atelier auraient pu être formulées plus clairement pour permettre de mieux orienter le débat. En outre, le mode de déroulement de l'atelier aurait pu être un peu mieux décrit dans les documents d'introduction.

Lillian Vine :

Merci beaucoup. Je vous assure que nous examinerons tous les points que nous estimons être des critiques constructives de l'atelier. Si vous souhaitez que nous tenions un atelier sur le travail modifié, vous n'avez qu'à nous le demander. Nous serons ravis de vous répondre.

Pour résumer brièvement : le groupe professionnel est d'accord sur l'importance d'une conception pertinente de l'emploi et d'une responsabilité commune pour l'exécution du modèle. Vous n'avez pas trouvé la question des tests aussi controversée que le premier groupe, car vous l'avez appliquée de façon différente : adapter l'emploi au travailleur et, en tant qu'élément unique, mieux concevoir l'emploi et le lieu de travail.

GROUPE SYNDICAL

Président : Colin Lambert
Directeur national, Hygiène et sécurité
Syndicat canadien de la Fonction publique

Rapporteur : Colin Lambert

Tout d'abord, j'aimerais remercier Gord Statham d'avoir pris les notes durant la séance du matin. Nous avons essayé de suivre le programme à l'ordre du jour.

ATELIER N° 1

Étendue du problème et sélection préalable

Bien que les chiffres des CAT montrent l'immense étendue du problème, ils n'en donnent qu'une description partielle. En fait, la grande partie de l'iceberg est cachée. Exemple : les chiffres des CAT ne font mention que des cas acceptés. Un grand nombre des travailleurs ont vu leurs demandes d'indemnisation rejetées. Beaucoup de travailleurs préfèrent donc se prévaloir des congés de maladie plutôt que de suivre l'onéreuse procédure de la CAT. Je sais que, notamment dans le secteur des soins de santé, le congé de maladie est une voie plus facile. Les demandes d'indemnisation de nombreux travailleurs âgés souffrant de blessures chroniques sont souvent rejetées par la commission des accidents du travail. Plutôt que de soumettre une demande d'indemnisation pour cause de rechute, ils apprennent à vivre avec la douleur. Tout cela s'ajoute au problème de non-déclaration des cas.

Nous avons passé beaucoup de temps à discuter des tests de sélection préalable. Non seulement nous pensons qu'ils ont peu de valeur pratique, mais ils créent également des risques de discrimination. Permettez-moi de vous donner un exemple. Nous le savons bien, il est de pratique courante dans un interrogatoire écrit de poser la question : "Avez-vous déjà reçu des indemnités en raison de lésions dorsales?" Or, si vous répondez "oui", vous êtes presque toujours automatiquement disqualifié d'un emploi. Nous pensons que la possibilité de discrimination l'emporte largement sur le peu de valeur que revêt la sélection préalable. Par ailleurs, nous ne pensons pas que les tests soient reliés à la prévention, tout en reconnaissant que, dans le domaine de la réadaptation, certains tests doivent probablement être administrés pour évaluer si d'autres blessures résulteraient de l'emploi auquel le travailleur est affecté.

Selon nous, tous les travailleurs blessés sur le lieu de travail doivent avoir un droit garanti par la loi à l'emploi continu; la pratique de retirer un emploi à un travailleur blessé sur le lieu de travail doit cesser. Les personnes qui reprennent leur travail avec l'espoir de se rétablir doivent pouvoir travailler selon un horaire ou un emploi modifiés. Tous les employés qui retournent au travail avec une invalidité permanente doivent avoir un emploi qui ne leur nuise pas davantage. Les tâches doivent correspondre aux capacités de l'employé. Une analyse de ces capacités et des exigences du poste doit être faite pour s'assurer qu'aucun mal ne sera causé à l'employé.

ATELIER N° 2

Conception des tâches et du lieu de travail

Nous avons discuté de la relation réciproque entre la conception et l'organisation du lieu de travail. On ne gagne rien à examiner l'un sans l'autre. L'analyse des tâches doit permettre d'identifier le risque; c'est là sa principale raison d'être. Elle doit permettre d'identifier les procédures, l'organisation réelle du travail, les changements requis, les bonnes pratiques de travail et les niveaux de personnel. En outre, elle doit examiner en détail les effets des incitations à l'emploi, les politiques en matière d'achats, les programmes de formation et d'éducation. À notre avis, l'analyse des tâches est vouée à l'échec à moins qu'il y ait pleine participation des deux parties et que des professionnels dispensent conseils et assistance.

ATELIER N° 3

Prévention, formation, élimination ou restriction des risques

À notre avis, il n'existe pas de méthode universelle de levage des objets. Nous pensons que le fait de se fier à des méthodes appropriées de levage continue d'être un obstacle à l'examen pertinent des risques. Le même raisonnement s'applique aux programmes de conditionnement physique. Il est très injuste d'exiger des travailleurs une superbe forme physique, alors que cette condition ne s'applique pas au grand public. Bien que les travailleurs pensent que la bonne forme est une qualité admirable dans la vie, il reste que c'est une exigence sociale et non professionnelle. Tout programme de conditionnement physique doit être facultatif.

Les programmes d'éducation et de formation doivent être plus englobants et inclure d'autres sujets comme les techniques de levage qui tiennent compte des tâches particulières à accomplir. En outre, ils doivent prendre en considération les procédures d'emploi, les exigences ergonomiques et les résultats de toute analyse du lieu de travail pour que l'on comprenne pourquoi les choses se font de telle ou telle manière. À notre avis, toute analyse du lieu de travail doit être entreprise conjointement par les deux parties en cause, avec les conseils des professionnels.

Pour ce qui est de la prévention, nous avons longuement parlé de ce qui, selon nous, pourrait favoriser l'action, sans nous contenter simplement de mots sur du papier. Nous pensons que cet atelier doit finalement déboucher sur une forme quelconque d'action. Voici ce que l'expérience nous a appris : bien qu'il existe un certain nombre d'excellents employeurs qui tiennent à coeur le bien-être de leurs employés sur le lieu de travail, et qui sont disposés à établir un programme de prévention, ce n'est pas le cas partout. Ce n'est certainement pas le cas de nombreux lieux de travail qui ne sont pas organisés. Il n'y a rien qui oblige la direction de ces établissements à mettre en place des programmes.

Nous pensons que l'adoption de certains règlements obligerait ces employeurs à prendre les mesures nécessaires. Nous croyons que les règlements doivent exiger une analyse de la conception du lieu de travail à des fins de contrôle ergonomique. Ils doivent répondre aux exigences en matière d'éducation et de formation, comporter une analyse efficace des tâches pour identifier et réduire les risques, ainsi que des mesures de

modification du lieu de travail lorsque les risques auront été identifiés. Pour s'assurer que des mesures seront prises, nous croyons qu'il faut fixer un objectif que les employeurs devront atteindre. À notre avis, des limites de poids maximal permises et des limites maximales quotidiennes doivent être établies pour rectifier les graves problèmes reliés au levage de poids excessifs et pour prévenir les maladies chroniques qui en résultent.

Par ailleurs, nous pensons qu'il faut mettre en place une méthode d'étiquetage. Les travailleurs doivent savoir le poids d'un objet. Nous croyons à la normalisation des boîtes, dans la mesure du possible, selon des principes ergonomiques afin que ces contenants ne présentent aucun risque. Tous les futurs emplois, les futurs immeubles et les futurs chantiers doivent être conçus selon des exigences ergonomiques au départ même. Les emplois actuels doivent être analysés afin de réduire autant que possible les risques qui leur sont inhérents. Par exemple, nous citons, à titre de référence, le code sur les incendies qui est périodiquement mis à jour. À partir d'un moment donné, il faudra que tous les nouveaux immeubles répondent aux exigences du code du bâtiment. De plus, tout immeuble qui est modifié après l'entrée en vigueur de celles-ci doit répondre aux conditions du code relativement à cette modification. Ainsi, tout le monde n'est pas obligé de répondre aux exigences du code du jour au lendemain. Nous croyons que c'est une façon raisonnable d'aborder le problème.

Lillian Vine :

La position du groupe syndical sur les tests de sélection préalable est on ne peut plus claire. Selon lui, non seulement ces tests sont peu utiles à des fins pratiques, mais ils mènent à la discrimination. Il insiste également sur la conception des tâches et convient qu'elle exige un effort conjoint de la part des travailleurs et de la direction avec une forte participation des professionnels à titre consultatif. Le groupe a aussi insisté sur l'importance des règlements.

Je désire maintenant vous présenter Monsieur Martin O'Connell, président du Conseil tripartite des gouverneurs du Centre, qui s'est joint à nous après son récent retour de l'étranger. Comme le Conseil des gouverneurs, Monsieur O'Connell appuie avec enthousiasme la formule atelier.

Nous pouvons maintenant entamer la période de questions et de débat.

QUESTIONS ET REMARQUES

Doug Morrison - agent médical, Stelco :

J'aimerais que Colin s'étende davantage sur ce qu'il veut dire par "tests à des fins de réadaptation".

Colin Lambert :

La discussion portait sur les personnes en voie de rétablissement qui reprennent leur travail et qui participent à un programme recommandé de durée restreinte (deux ou trois jours par semaine durant leur horaire normal de travail) ou qui transmettent des documents pour pouvoir réintégrer le marché du travail. Ces programmes sont assez courants. Il en va de même des employés frappés d'une invalidité permanente qui retournent sur le marché du travail. Les tests physiques que ces personnes subissent doivent être mis en correspondance avec les exigences de l'emploi pour s'assurer que le travail ne leur nuise pas ou pour savoir si l'emploi doit être modifié pour les accommoder. Ce sont des tests visant à déterminer si le travailleur possède les compétences requises par le poste et s'il répond à ces exigences. Plutôt que de dire : "Vous êtes à moitié invalide et vous ne pouvez pas faire ce travail, à la porte", il faut dire : "Nous savons que vous êtes à moitié invalide. Voici vos limites. Maintenant nous allons adapter le poste à vos besoins."

Doug Morrison :

J'aimerais vous encourager à faire parvenir vos commentaires à la commission des accidents du travail parce que j'ai écrit une lettre sur ce point précis. La commission a refusé d'approuver ma suggestion ou de l'appliquer. Nous avons donc un problème.

Dr Ken Graven - médecin d'usine, Hydro Ontario :

Je suis surpris de constater à quel point il y a accord entre notre groupe et celui de Colin Lambert. En tant que médecins, je pense qu'on nous demandera probablement d'indiquer à quel moment le mal commence à être causé. J'aimerais préciser que cette question a été soulevée hier matin par deux médecins. Il est extrêmement difficile de démontrer que le mal est présent et de le mesurer. Nous pouvons découvrir assez facilement le symptôme du mal en interrogeant le travailleur qui souffre d'une douleur, mais il est très difficile de concevoir un moyen quelconque pour déterminer avec certitude l'absence du mal lorsque nous ne savons pas comment mesurer celui-ci.

Colin Lambert :

Permettez-moi d'intervenir. Le Dr Webb a mis la charrue devant les boeufs en suggérant que l'on peut faire subir des tests aux personnes sans analyse préalable complète des tâches. Il n'y a pas de raison d'examiner les capacités d'une personne si l'on ignore quelles sont toutes les exigences de l'emploi et les risques qui y sont inhérents.

Paul Grey :

Juste un point, venant aussi du groupe patronal, pour montrer qu'il y avait uniformité entre les trois groupes durant ces discussions. Au sein du groupe patronal, la priorité qui nous préoccupait tous était que le lieu de travail ou bien l'emploi en particulier doit être conçu, puis évalué pour identifier les risques qu'il comporte. De toute évidence, le poste ou le lieu de travail doit, dans la mesure du possible, être conçu pour réduire au minimum les risques éventuels qui y sont associés pour une personne ou un groupe de personnes.

Il faut trouver une meilleure définition des termes "dépistage" et "test". Je pense que la validité des tests, en tant que méthode, n'a pas encore été pleinement ni scientifiquement établie. Le degré de succès obtenu par cette méthode n'est pas suffisamment élevé pour nous convaincre qu'elle doit être mise en oeuvre. Nous parlions de dépistage d'une façon qui, je pense, est compatible avec celle des autres groupes : minimiser le mal éventuel chez un employé futur ou actuel qui veut passer à une autre fonction. C'est une question d'identification de problèmes évidents. Si une personne présente un état de santé qui, de toute évidence, pourrait entraîner une blessure personnelle ou une exécution de ses tâches pouvant nuire à la sécurité d'autrui (en supposant que la personne concernée obtienne l'emploi ou désire l'obtenir), il est certain que notre conseil à cette personne serait de s'éloigner de cet emploi. Je ne vois pas que la position du groupe patronal sur la question est si différente de celles des deux autres groupes à la lumière de leurs délibérations et décisions.

Robert Bouchard :

Il me semble que le groupe patronal ne considère pas l'adoption d'une loi comme étant un moyen d'amener tous les employeurs à appliquer les principes ergonomiques et à corriger les problèmes rencontrés sur le lieu de travail.

Michel Bellefleur :

En général, nous appuyons les lois qui avantageraient toutes les entreprises, grandes et petites, parce que tous les employés sont également importants.

Lillian Vine :

On a demandé au groupe patronal pourquoi il n'insistait pas sur l'adoption de lois ou de règlements. Michel a répondu que son groupe a en effet insisté sur ce point, en abordant le sujet des pratiques et conception efficaces qui s'appliqueraient aussi bien à la petite qu'à la grande entreprise et aux ateliers syndiqués. Mais il y avait peut-être moins d'insistance sur la loi de la part du groupe patronal que de la part des autres groupes.

Michel Bellefleur :

Nous avons bien examiné cette question, mais elle n'a pas figuré officiellement dans notre compte rendu. L'une de nos préoccupations était de nous assurer que les règlements s'appliquent à tous.

Brad Donaldson - ingénieur en sécurité, Northern Télécom :

J'aimerais soumettre une recommandation au Centre. J'ignore votre pouvoir d'influencer le gouvernement. Nous avons tous parlé du besoin d'une conception efficace des tâches. Rares sont les programmes d'études de génie qui fournissent les documents nécessaires pour réussir une bonne conception des tâches. Nous sommes d'accord que la conception des tâches est nécessaire, mais nous ne produisons pas les professionnels capables d'accomplir ce travail. Donc, peu importe le pouvoir que vous possédez, je vous demande de l'utiliser pour influencer les universités afin que celles-ci commencent à intégrer la conception des tâches dans le programme d'études en ingénierie, mais aussi à l'intention de la profession médicale, sans oublier les facultés d'études commerciales. Ainsi, les employeurs auront une perception intégrale et pertinente du rôle nécessaire de la conception technique dans leurs plans d'affaires.

Lillian Vine :

Merci beaucoup. Cette question était adressée au Centre, et non à un des présidents, ce qui me donne une excellente occasion de passer la parole à notre président, Gordon Atherley, et au président de notre Conseil, Martin O'Connell. Nous allons bien sûr demander à Martin de nous livrer ses réactions, mais d'abord passons le gouvernail à Gordon pour le reste de ce colloque et pour répondre à vos questions particulières.

Gordon Atherley :

Je voudrais simplement me pencher sur une question bien précise, à savoir quel pouvoir possédons-nous pour influencer le gouvernement, les milieux universitaires ou n'importe qui? Nous ne possédons aucun pouvoir juridique. Par contre, je pense que nous exerçons une influence grandissante grâce à notre Conseil tripartite et aussi aux activités auxquelles nous avons participé au cours de ces deux derniers jours. La recommandation que vous venez de formuler sera incorporée au document qui émergera de cet atelier; nous pouvons, conjointement avec les milieux universitaires, étudier la question de savoir si, à leur avis, un atelier les regroupant serait utile comme point de départ pour éclairer davantage leurs idées sur la manière de réaliser le but poursuivi. En me fiant à ma propre expérience du milieu universitaire, je m'attends à recevoir la réponse classique : "C'est une idée sensationnelle, mais comment créer l'espace voulu dans un programme d'études chargé de matières que tous les étudiants en génie doivent apprendre, comme les maths, le calcul et autres?" Convaincre les universitaires de participer à une tribune comme celle-ci pourrait être le moyen de les amener à faire le compromis voulu pour intercaler ces nouvelles dimensions multidisciplinaires. Je pense en particulier aux professeurs oeuvrant dans des domaines comme l'ergonomie et la kinésiologie. Ils pourraient se grouper dans un effort visant à donner une impulsion à ce mouvement tout comme vous avez donné une poussée au mouvement d'appel à l'action en faveur des problèmes du dos. Puisque cet atelier a été organisé à la suite d'une initiative du Conseil, je voudrais maintenant demander à Martin d'exprimer ses réactions au nom du Conseil.

Martin O'Connell :

Le Conseil est un organisme tripartite. Il est constitué de 16 fonctionnaires, souvent de directeurs généraux ou de sous-ministres adjoints s'occupant d'hygiène et de sécurité au travail. Siègent également au Conseil 11 gouverneurs nommés par les syndicats canadiens et 11 gouverneurs nommés par des organismes représentant le patronat. Donc, lorsque l'on pose la question -- Quel pouvoir possédons-nous? -- la réponse est "aucun", au sens juridique du mot, mais beaucoup parce que ce pouvoir est vôtre, dans la mesure où vous injectez du pouvoir dans vos délibérations, et c'est ce qui se produit lorsque vous atteignez un degré de consensus.

Dans la mesure où vous, les trois parties, syndicats, patronat et gouvernement, et j'y inclus les scientifiques et les professionnels, par exemple les ingénieurs ou les hygiénistes, les médecins, êtes d'accord et êtes parvenus à un certain consensus, cela dégage déjà un pouvoir considérable. Nous ne voulons pas vous induire en erreur en vous faisant croire que le Centre pourrait exercer ce pouvoir en votre nom; nous ne sommes pas habilités à le faire. Cependant, le texte officiel constatant les points sur lesquels vous êtes d'accord et identifiant ceux sur lesquels il n'y a pas eu consensus constitue un document dont vous pouvez vous servir pour obtenir la participation de groupes plus vastes qui s'intéressent de façon particulière à certaines de ces questions; cela donnera davantage de poids au processus. La balle est de nouveau dans votre camp et il vous appartient de traduire dans l'action le consensus atteint; il faut que vous nous perceviez comme source de référence.

Vous vous imaginez sans doute l'enthousiasme avec lequel un Conseil tripartite accueille les demandes d'ateliers venant d'organismes comme ceux-ci qui se sont réunis pour créer quelque chose. Nous voudrions réagir avec autant d'unanimité à cette demande pour dire au Conseil : "Oui, organisons cet atelier." Cet atelier-ci a été organisé à la demande des syndicats. Certains le sont à la demande du patronat, des professionnels et du gouvernement désireux de recueillir certaines rétroactions. Donc, approchez-nous, dans votre propre circonscription ou conjointement avec d'autres dépositaires d'enjeux; nous ferons tout en notre pouvoir pour vous aider à atteindre un consensus et, partant, une plus grande capacité d'agir pour orienter le système dans la direction que nous voulons.

Nous disposons, au Centre, de remarquables ressources en information créées par quelque 130 professionnels et scientifiques à la fine pointe de la technologie électronique. Nous sommes une ressource nationale importante, mais nous devons pouvoir compter sur la puissance de votre apport. C'est à vous de développer ce Centre pour qu'il puisse vous aider dans vos initiatives en vue d'améliorer le système.

Je voudrais dire, au nom du Conseil, à quel point nous avons apprécié le leadership de Gordon Atherley, président du Centre, et de Lillian dans l'organisation et la conduite de ces ateliers. Je tiens en particulier à vous exprimer toute la reconnaissance du Conseil, à vous qui avez demandé la tenue de ces ateliers et les avez mis à exécution, qui avez produit des résultats et qui, à l'aide de vos ententes, traduirez dans la réalité ces améliorations. Merci.

PROPOS DE CLÔTURE

Gordon Atherley :

Merci, Martin. Je veux tout simplement attirer l'attention sur la prochaine étape du processus, car ce n'est pas fini. Nous devons transcrire la bande magnétique. Nous allons demander aux présidents des groupes d'étudier le texte, de s'assurer qu'il est fidèle à tout ce qui a été dit, tout ce qui a été convenu ainsi qu'aux observations qui ont été faites. Ensuite, aussi vite que le processus nous le permettra, nous imprimerons le texte. Nous vous enverrons un exemplaire à chacun, et ensuite la balle sera de nouveau entre vos mains. La force du document réside dans la mesure du consensus que vous avez atteint sur des points fort importants.

C'est en soi un commentaire très intéressant d'entendre les professionnels et les médecins dire qu'ils n'étaient pas éloignés des déclarations que le groupe syndical avait faites. Cela signifie que vous pouvez vous servir du document pour dire qu'il existe une large mesure de consensus sur ces points; il ne s'agit pas de prétendre que vous avez atteint un consensus absolu, mais qu'il y a de nombreux points sur lesquels vous avez trouvé un terrain commun. Cela signifie que le pouvoir du document ne tient pas tout simplement à celui des professionnels ou des syndicats ou du patronat; c'est le pouvoir combiné des trois parties que vous représentez. C'est ce que vous ferez ensuite du texte qui débouchera réellement sur l'action.

Je suis tenté d'utiliser, ici, une expression très en vogue mais que, étant donné ma position, je ne suis pas censé employer : "exercer des pressions". Vous êtes tous membres d'associations, vous jouez tous un rôle actif au niveau de l'hygiène et de la sécurité au-travail ainsi que dans la structure de vos organismes. La lecture du document évoquera dans votre mémoire les débats engagés. Cela vous incitera, je l'espère, à passer à l'action.

Il se peut que d'ici à la date magique de publication vous vous soyez livrés à de nouvelles réflexions soit sur les textes, soit sur les débats. S'il en est ainsi, n'hésitez pas à nous communiquer vos pensées. Il ne s'agit pas d'un processus absolu qui met le point final à toute discussion subséquente.

Quant à la méthode de l'atelier comme telle, je prends vos observations très au sérieux. Nous tenons à ce que le programme d'ateliers soit un succès; les questions doivent alimenter vos débats. Nous manoeuvrons entre deux positions : d'une part, nous donnons l'impression d'être en train de vous dire quoi penser ou de vous piloter pour vous faire approuver sans discussion la conclusion à laquelle nous voulons aboutir. Une manoeuvre aussi extrême serait inacceptable. D'autre part, il se peut que notre style soit trop télégraphique et que nous formulons les questions de telle manière que les seules réponses possibles sont "oui" ou "non". Ce qui est tout aussi inacceptable. Colin et Lillian ont travaillé très dur pour dresser une liste de questions, mais je propose, en guise d'autopsie, de revoir les questions à la lumière des débats afin de déterminer dans quelle mesure nous pouvons mettre en pratique les observations que vous avez formulées pour le prochain atelier.

Le besoin d'un surcroît d'explications est une question très intéressante. La formule adoptée est inhabituelle, et c'est là un aspect que nous devrions faire ressortir avec plus de clarté. Nous nous en occuperons. J'espère que les gens finiront par savoir ce qu'est un atelier du CCHST et comprendront que ce n'est pas tout à fait la même chose qu'un congrès ou un séminaire scientifique, mais une activité qui peut beaucoup leur apporter.

Nous avons entendu votre suggestion pour les ateliers, mais je dois dire que nous ne passons pas à l'action à moins d'obtenir de vous le feu vert. Si vous pensez que nous devrions aller de l'avant, appelez ou écrivez à Lillian ou à moi-même pour nous en informer. Nous étudierons ensuite le projet avec vous, rédigerons une proposition à l'intention du bureau exécutif du Conseil, et la développerons selon la même formule utilisée par Colin et Lillian pour cet atelier.

Nous venons de vivre, encore une fois, un événement très important dans la vie du Centre. Dans la mesure où vous ferez pression, non pas "sur le dos" de ces infortunés sur les lieux de travail, mais bien "sur le dos" de ceux ou celles qui prennent les décisions sur la progression de l'hygiène et de la sécurité au travail, au Canada, nous poserons un nouveau jalon et, en rétrospective, cette séance demeurera un tournant dans l'histoire naturelle d'un ensemble d'affections déplorables liées aux troubles du dos, aux problèmes musculaires et de la colonne vertébrale.

Je pense que cette expérience a été un franc succès. Aussi, je tiens à exprimer, à tous et à chacun, mes vifs remerciements.

CCOHS/CCHST

RÉFÉRENCES

1. Galen, R.S. (1979). Selection of appropriate laboratory tests. Clinician and Chemist: The Relationship of the Laboratory to the Physician, edited by D.S. Young, et al. Washington, D.C. Association for Clinical Chemistry.

2. Snook, S.H.; Campanelli, R.A.; and Hart, J.W. (1978). A study of three preventive approaches to low back injury. J. Occup. Med. 20 (7):478-481

3. Lloyd, D.C.E.F.; and Troup, J.D.G. (1983). Recurrent back pain and its prediction. J. Soc. Occup. Med. 33 (2):66-74

4. Svensson, H.O.; and Andersson, G.B.J. (1983). Low back pain in forty to forty-seven year old men: work history and environment factors. Spine 8 (3):272-276

5. Cady, L.D.; Bischoff, D.P.; O'Connell, E.R.; Thomas, P.C.; and Allan, J.H. (1979). Strength and fitness and subsequent back injuries in firefighters. J. Occup. Med. 21 (4):269-272

6. Gibson, E.S.; Martin, R.H.; and Terry, C.W. (1980). Incidence of low back pain and pre-employment x-ray screening. J. Occup. Med. 22 (8):515-519

7. Chaffin, D.B.; and Park, K.Y.S. (1973). A longitudinal study of low back pain as associated with occupational weight lifting factors. Amer. Indus. Hyg. Assoc. J. 34 (12):513-525

8. Chaffin, D.B.; Herrin, G.D.; and Keyserling, M.S. (1978). Pre-employment strength testing. An updated position. J. Occup. Med. 20 (6):403-408

9. Norman, R.; Sharratt, M.; Sutherland, D. and Baleshta, M. (1983). The Question of Validity of Isometric Strength Tests as a Pre-employment Screening Tool. In: Proceedings of the Human Factors Association of Canada's 16th Annual Meeting. p. 15-18

10. Koyl, L.F. (1974). Employing the Older Worker: Matching the Employee to the Job. The National Council on the Aging, Inc., Washington, D.C.

11. Hanman, B. (1951). Physical Capacities and Job Placement. Nordisk Rotogravyr, Stockholm.

12. Spitzer, W.O., et al. Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders (Approche scientifique de l'évaluation et du traitement des affections vertébrales chez les travailleurs). Clin. Invest. Med. 1987; 10 (Suppl):XI, p. 57

13. Spitzer, W.O., et al. Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders: a monograph for clinicians. Spine 1987; 12 (Suppl):p. 59

LISTE DES PARTICIPANTS DE L'ATELIER

Carlyn Ayotte
Infirmière
Monnaie royale canadienne

Gabrielle (Gabby) Bazin
Représentante, Hygiène et sécurité
Travailleurs canadiens de
l'automobile, section 127

Michel Bellefleur
Woodlands Training Supervisor
Fraser Inc

Arlene Berthelot
Registered Health Nurse
Denison Mines

Claude Blouin
Conseiller
à l'association des hôpitaux
de Québec

Dennis Bolger
Superviseur, Prévention des accidents
Shell Canada Limitée

Robert Bouchard
Directeur, Service santé et sécurité
du travail
Fédération des travailleurs et
travailleuses du Québec

Ronald Clark
Agent d'hygiène et de sécurité
Union internationale des travailleurs
unis de l'alimentation et du
commerce, section 459

Dave Cleary
Représentant syndical
Le syndicat des travailleurs
et des travailleuses en
électricité du Canada

Wiliam R Coburn
Supervisor - Safety and Health
Slater Industries Inc
Hamilton Specialty Bar Division

Michael P Coleman
Membre exécutif
Association internationale des
travailleurs en ponts, en
fer structural et ornemental,
section 721

Bernie Condon
Industrial Engineer Supervisor
Manufacturing Engineering
General Motors of Canada

Dene Corless
Industrial Accident Prevention Association

Ken D Craven
Médecin d'usine
Hydro Ontario

James Darge
Coordonnateur des programmes de sécurité
Direction des services de l'appui technique
Ministère du Logement

Brad Donaldson
Safety Engineer
Northern Telecom

Jacynthe Drolet
Santé et sécurité
Université du Quebec

Arlo Drummond
Department Manager
Personnel Services
HJ Heinz of Canada Ltd

Joan Ford
Occupational Health Nurse
Bonar Packaging Limited

Ed Gates
Health and Safety Representative
General Motors of Canada

Mariette Gemme
Coordonnatrice de l'hygiène au travail,
provinces maritimes/Québec
Shell Canada Limitée

Paul Gray
Risk, Safety and Regulatory Affairs Manager
Atomic Energy of Canada Limited
Radiochemical Company

Mike Hurley
Safety Coordinator
Mitsubishi Electronics Industries
Canada Inc

Brian Kohler
Agent de l'hygiène et de la sécurité
Syndicat des travailleurs de l'énergie et
de la chimie, section 800

Leslie Kovacsi
Syndicat canadien de la Fonction publique,
section 43

Colin Lambert
Directeur national
Hygiène et sécurité
Syndicat canadien de la Fonction publique

Pat Lane
Plant Nurse
Stelco Pipe and Tube Company

Robert Larson
Senior Tool Design
Motor Wheel Corporation of
Canada Ltd

Lorne Lean
Ergonomics Coordinator
Manufacturing Engineering
General Motors of Canada

Romeo LeBlanc
Président, hygiène et sécurité
Travailleurs canadiens de l'automobile,
section 127

Jean-Pierre Levasseur
Syndicat canadien de la Fonction publique

Michael McKenna
Industrial Engineer
Manufacturing Engineering
General Motors of Canada

Douglas G Morrison
Medical Officer
Stelco Inc

JC Nadeau
Training Coordinator
Fraser Inc

Robert W Norman
Professor and Dean (Acting)
University of Waterloo

Rick O'Hara
Safety Specialist
Dow Chemical Canada Inc

Elizabeth Potts
Occupational Health Nurse
Northern Telecom

William Richardson
Trainer
Manufacturing Engineering
General Motors of Canada

Gwenn Roberts
Occupational Physiotherapist Consultant
Health Care Occupational Health
and Safety Association

Douglas Smart
Industrial Engineer
Manufacturing Engineering
General Motors of Canada

Gord Statham
Chargé de l'entretien mécanique d'équipe
Hydro Ontario - Nanticoke

Gord Stewart
Consultant en conditionnement physique
Shell Canada Limitée

Sandra Sutherland
Spécialiste en biomécanique - Service
des études en sécurité
Ministère du Travail de l'Ontario

Mike Thompson
Charge Hand - Building Maintenance
Atomic Energy of Canada Limited
Radiochemical Company

Gord Thomson
Superviseur de la sécurité technique
Hydro Ontario

Bob Villeneuve
Trainer
Manufacturing Engineering
General Motors of Canada

Sylvia Wagner
Nurse
Safety and Training Section
Edmonton Power

Geoffrey Wright
Division de la santé et la sécurité au travail
Ministère du Travail de l'Ontario

Robert C Young
Safety Supervisor
Stelco Pipe and Tube Co

Alena Zelinka
Research Officer
Ontario Workers' Occupational Safety
and Health Centre